ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

30165

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME IV.

JANVIER. — 1834.

Dr.
Paul TOPINARD
N°

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1834.

On peut dire, sans crainte d'être démenti, que la science, au siècle où nous vivons, est tout entière dans les Journaux. La tendance universelle vers les améliorations de toute sorte, l'affluence, l'activité de ceux qui y concourent pour chaque branche, dans les diverses contrées du globe, le besoin de connaître promptement les travaux qui se font, rendent cette voie de publication et la plus utile et la plus recherchée. Mais cette nécessité de publications périodiques devient d'autant plus pressante pour les sciences dont l'avancement importe le plus à l'humanité, et qui, soit par la nature des objets dont elles s'occupent, soit par des causes particulières, sont encore loin de la perfection à laquelle elles ont droit de prétendre. Qui ne reconnaît que la médecine présente malheureusement ces conditions ! Ici donc plus qu'ailleurs les Journaux sont indispensables pour recueillir aussitôt tous les travaux qui peuvent servir aux progrès de la science, pour suivre ses mouvemens partout où il s'en fait de favorables à ce but. Si nous en croyons les suffrages qui ont soutenu les *Archives* dans leur longue carrière, et le rang honorable qui leur est généralement assigné parmi les publications du même genre, notre Journal a heureusement rempli cette mission de la presse médicale. C'est dans ses pages qu'ont paru les travaux les plus importans de l'époque ; et c'est à cet avantage qu'il doit le caractère tout particulier qui le distingue. Sans nous énorgueillir plus qu'il ne convient de ce mérite qui tient plus à notre position qu'à tout autre cause, nous pouvons l'avouer hautement et nous en féliciter.

Nous n'aurions donc qu'à suivre une marche approuvée en cherchant à l'améliorer, si les besoins de la science n'appelaient nos efforts sur des points particuliers.

Il est pour les sciences des époques où il convient de dresser en quelque sorte leur inventaire, de faire une revue de ce qu'elles ont gagné ou perdu, fût-ce même d'illusions ; de comparer l'héritage des temps anciens avec les acquisitions nouvelles, de rapprocher les travaux des hommes de différens pays sur les mêmes objets : ces époques sont celles où quelques-unes de ces sciences, après avoir été poussées ou retenues dans une voie toute particulière par certaines circonstances, réagissent contre ces influences qui n'existent plus ou ont diminué. La domination de certains systèmes ou de

certains faits sur lesquels l'attention est exclusivement dirigée, l'ignorance des travaux faits simultanément dans des pays voisins dont les communications sont interrompues ou mal établies, ont été pour la médecine, et particulièrement pour la médecine française, les circonstances qui de notre temps ont le plus influé sur ses destinées. Nous nous proposons donc de provoquer des recherches qui constatent l'état de la science sur les points les plus importans. C'est en ignorant ce qui s'est fait avant soi et ce qui se fait autour de soi, qu'on s'expose à renouveler sans cesse des recherches pénibles pour arriver à des résultats déjà obtenus, et que l'on perd ainsi des efforts qu'on aurait utilement employés à l'avancement de la science, si l'on n'était pas parti d'un point inférieur à celui où elle était parvenue.

La thérapeutique, ce but important de toutes les recherches, a subi, plus que toutes les autres parties de la médecine, l'influence fâcheuse des circonstances dont nous avons précédemment parlé. Après avoir été long-temps abandonnée à un esprit de routine, à un grossier empirisme, que nos confrères des pays étrangers ont souvent trop fidèlement continué, on l'a vue dans ces derniers temps réduite chez nous à une nullité presque complète. Maintenant on tend à l'excès contraire : on rejettait presque tous les médicamens anciennement préconisés; il semble qu'on veuille revenir aux beaux jours de la polypharmacie. Des succès merveilleux sont tous les jours publiés, et il ne manque presque ordinairement à la gloire des médicamens et des auteurs qui en ont obtenu de si étonnans résultats, que l'avantage de pouvoir être reproduits par d'autres que par ceux qui les ont annoncés. La thérapeutique offre des difficultés sans nombre ; de toutes les branches de la médecine elle est peut-être celle qui exige le plus d'exactitude et de sagacité, qui demande davantage un esprit dégagé d'opinions préconçues : aussi est-elle encore environnée de vague et d'incertitude. Convaincus de l'importance et de la difficulté de ce sujet, nous chercherons par tous les moyens qui sont à notre disposition, à remplir quelques-unes des lacunes nombreuses qu'il présente. Plus curieux à faire connaître la valeur des agens thérapeutiques qu'à en accroître le nombre, nous accueillerons surtout les essais dirigés dans cet esprit sévère que prescrit aujourd'hui l'état des sciences anatomique et physiologique.

L'anatomie pathologique a donné lieu de nos jours à des

dissidences remarquables. Tandis que les uns ne voyaient pour la pathologie et la thérapeutique d'autre point d'appui que l'étude des altérations morbides, d'autres affectaient pour elle indifférence ou dédain, ou même n'y voyaient qu'une source d'erreur, allant chercher dans de stériles abstractions ou dans des hypothèses vaines les bases d'une édifice médical tout imaginaire. Nous croyons assez inutile de plaider ici la cause de l'anatomie pathologique, et de déduire les preuves de son importance. Comme notre but est de montrer ici le drapeau sous lequel nous marchons, nous trancherons sans hésiter la question ; nous admettons l'intervention de l'anatomie pathologique comme nécessaire, indispensable, principale, dans toute théorie pathologique et thérapeutique : et si nous ne la considérons pas comme l'unique fondement d'une doctrine médicale, elle nous paraît en être le premier et le plus solide. Nous nous sommes donc empressés d'enrichir notre recueil du *Bulletin de la Société anatomique*. Formée de médecins qui font de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique leur étude de prédilection, cette Société par sa constitution est en mesure de disposer des faits les plus intéressans que présente sans cesse l'observation dans les vastes et nombreux hôpitaux de la capitale. En continuant ses travaux dans cette direction, en s'attachant par la discussion à leur donner de plus en plus un caractère d'exactitude et de sévérité, elle promet d'être éminemment utile à la science, et les publications qui en proviendront offriront sans nul doute aux lecteurs des *Archives* l'instruction la plus complète et la plus variée sur la matière.

La *Société médicale d'Emulation*, qui n'a pas comme la Société anatomique une direction aussi exclusive, et dont les travaux ont eu à diverses époques tant d'éclat, a confié également aux *Archives* le soin de publier les mémoires dignes d'intérêt qui lui étaient adressés. Déjà des travaux importans nous sont parvenus par cette voie. Nous en insérerons sous peu de non moins intéressans.

Mais notre mission serait incomplètement remplie si nous nous bornions à recueillir les principales recherches qui se font dans notre pays sur les différens points de la médecine. Une autre source de richesses existe au-dehors ; c'est, comme nous l'avons dit, par le concours des travaux de tous les temps et de tous les pays que la médecine peut espérer un perfectionnement continu. Jusqu'à présent la médecine étrangère a tenu dans les *Archives*

une place toute spéciale ; et il est peu de travaux de quelque importance qui aient échappé à nos recherches. S'il est toutefois une littérature médicale qui n'ait pas été exploitée aussi amplement que nous l'eussions voulu, c'est la littérature allemande, séparée de la nôtre par une langue peu répandue et par une physionomie théorique et spéculative qui répugne à nos goûts et à notre habitude. Non-seulement un grand nombre de faits intéressans publiés en Allemagne ne parviennent pas jusqu'à nous, mais nous n'avons encore qu'une idée très-imparfaite de la médecine telle qu'elle est comprise dans ce vaste pays. Une correspondance plus étendue et l'adjonction de collaborateurs versés dans cette littérature, nous permettront de remplir cette lacune. Nous puiserons, avec la réserve toutefois que commande un esprit sévère, dans les ouvrages particuliers qui doivent nous être adressés, et dans les nombreux journaux que nous avons maintenant à notre disposition ; par là, nous présenterons une image aussi fidèle de la médecine allemande que nous le faisons de la médecine anglaise.

Enfin, livrés entièrement aux intérêts de la science, nous ne croyons pas devoir nous occuper de ces questions personnelles, de ces faits éphémères qui constituent en quelque sorte la partie anecdotique d'un Journal. Plusieurs Journaux, qui paraissent à des époques plus rapprochées que nous et sous des formes moins sérieuses, remplissent avec succès cette tâche délicate. Nous traiterons cependant quelquefois, comme par le passé ; de questions générales qui intéressent les personnes de l'art, parce qu'elles ne sont pas indifférentes à l'avancement de la science, soit que ces questions aient rapport à l'enseignement, soit qu'elles aient pour objet quelques-unes des institutions médicales. Plus rarement agiterons-nous des questions toutes personnelles ; quand nous croirons devoir le faire, c'est que nous y verrons bien autre chose que les personnes elles-mêmes.

Les nombreuses augmentations que nous avons cru devoir faire à la rédaction des *Archives*, soit pour la partie des mémoires originaux, soit pour les extraits de mémoires étrangers, nous engagent à augmenter le nombre de feuilles qui ont composé jusqu'à présent chaque cahier mensuel. Les numéros qui étaient de 9 à 10 feuilles seront portés à 11 ou 12, suivant que l'exigeront l'abondance et l'importance des matériaux qui nous parviendront.

Le Rédacteur principal, RAIGE-DELORME.

Considérations physiologiques et thérapeutiques sur la digitale pourprée ; par M. Jobet, *D. M. P.*

Si nous consultons le grand nombre d'auteurs qui ont écrit sur la digitale pourprée, nous verrons qu'on lui a reconnu tour-à-tour les qualités les plus diverses et les plus contradictoires. C'est ainsi que tandis que les uns ont cité seulement comme effet physiologique le ralentissement des battemens artériels (1), d'autres ont mentionné une accélération notable de ces mêmes battemens, en même temps que la digitale était administrée (2) ; et un troisième enfin n'a observé ni l'un ni l'autre de ces deux phénomènes ; la digitale chez lui n'a produit aucun effet marqué sur la circulation (3). Nous n'avons envisagé ici que l'action de la digitale sur le système circulatoire. Les mêmes sujets de controverse existent et pour ses effets sur les voies digestives, respiratoires, sécrétoires, et pour son action sur le systême nerveux ; pourtant toutes les observations ont été recueillies par des expérimentateurs habiles ! Que conclure au milieu d'un pareil chaos ? Si nous ajoutons à ces doutes ceux bien plus grands encore qui règnent sur les propriétés thérapeutiques de la digitale, nous verrons qu'après des milliers d'expériences il n'est pas permis de proclamer l'utilité de son emploi. Pour être juste cependant, hâtons-nous de dire qu'un seul point reste démontré, c'est sa qualité vénéneuse.

Il n'est peut-être pas de maladies dans lesquelles on n'ait proclamé les effets avantageux de la digitale. Au rapport de M. Bidault de Villiers, le docteur Currie en aurait retiré les plus grands succès dans les inflammations du cerveau, du cœur, du poumon. Clutterbuck prétendait que c'était

(1) Cullen. M. Barbier. — (2) Sanders. — (3) M. Orfila.

le seul spécifique de la fièvre. L'asthme, l'épilepsie auraient été guéris par la digitale.

Drake dit qu'elle lui a constamment réussi pour arrêter l'hémoptysie la plus alarmante; et si l'on en croit Darwin, Thomas, Fowler et Beddoes, la digitale serait un remède infaillible dans la phthisie. Le docteur Hufeland fait aussi un éloge pompeux de ce même médicament qui, dit-il, est un des moyens antiscrofuleux les plus héroïques.

Certes, dans les hydropisies et dans les diverses affections du cœur qui ne tiennent pas à une lésion organique, nous lui accordons quelquefois une grande part à la guérison, mais nous sommes loin de partager l'avis de ces observateurs qui nous assurent un véritable succès dans la leucophlegmatie, dans l'hydropisie enkystée des ovaires, à la suite de l'administration de la digitale.

A quoi tendent toutes ces assertions, si ce n'est à jeter dans le monde médical plus de doute encore sur l'action thérapeutique de la digitale pourprée?

Pendant que la plupart des sciences s'avancent à pas de géant dans la voie de la certitude, pourquoi faut-il que la plus utile, la plus nécessaire de toutes reste stationnaire, que tous nos efforts n'aient d'autre résultat que d'agrandir la sphère du doute, et de remplacer des erreurs par des théories qui seront détrônées à leur tour? Le problème est-il donc insoluble, et la route suivie n'est-elle pas convenablement éclairée?

Pour être utile, en toute science, il ne faut pas seulement accumuler des faits, mais il faut les comparer entre eux, les étudier sous toutes leurs faces; il faut déduire de chacun une conclusion rigoureuse, et ne pas s'attacher à rassembler dans un même cadre les observations souvent les plus disparates qui laissent du vague dans l'esprit, et qui, tout en satisfaisant notre imagination, sont la cause de toutes nos erreurs. Ce qu'il nous importe de savoir, ce à quoi tend notre travail, se réduit à la solution de la ques-

tion suivante : « Le *modus faciendi* de la digitale, tant physiologique que thérapeutique, dépend-il de son mode d'administration ou bien des dispositions individuelles, de l'idiosyncrasie, de l'état pathologique de chaque malade ? »

Nous devons, avant d'entrer en matière, indiquer brièvement le mode de préparation des extraits dont nous nous sommes servis pour nos expériences. C'est à M. le professeur Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux, que nous empruntons la note suivante.

L'extrait aqueux de digitale a été préparé en exprimant la plante seule, puis chauffant le suc pour coaguler l'albumine végétale, filtrant pour séparer cette matière, et évaporant à la chaleur du bain-marie jusqu'à consistance nécessaire.

Pour préparer l'extrait alcoholique, on a divisé convenablement les feuilles de digitale, que l'on a épuisées ensuite par macération avec de l'alcohol à 22° ; on a retiré par la distillation les deux tiers à-peu-près de l'alcohol employé, puis par l'évaporation au bain-marie on a réduit à même consistance que le premier extait. — C'est par ce procédé que l'extrait éthéré a été préparé, à la différence près du véhicule.

Pour faire convenablement une infusion, il convient d'employer la poudre de préférence à la feuille de digitale. C'est presque toujours de cette manière que nous avons agi, en ayant le soin de prolonger l'opération pendant une demi-heure et souvent une heure entière.

Enfin, la poudre de digitale dont nous sommes servis avait été préparée et conservée selon toutes les règles de l'art. Elle était récente et fort aromatique lorsque nous l'avons mise en usage.

Les faits que nous allons présenter ont été en grande partie recueillis dans le service et sous les yeux de M. le professeur Andral.

Toutes nos observations ont été classées en série, d'après la forme sous laquelle nous avons employé la digitale :

1.° En poudre ; 2.° en extrait aqueux ; 3.° en extrait alcoholique ; 4.° en extrait éthéré ; 5.° en infusion.

Le résumé de chaque observation comme corollaire à la fin de chacune d'elles, les conclusions tirées de toutes ensemble, nous amèneront certainement au résultat désiré.

I.re *Série. — Digitale administrée en poudre.*

Obs. I.re — *Hypertrophie du cœur avec dilatation de ses cavités. Poudre de digitale pourprée ; 36 grains en deux jours.* — Une marchande des quatre-saisons, âgée de 60 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 23 mars 1833. Comme antécédens nous recueillons : qu'à l'âge de 16 ans elle a été réglée ; à 40 elle a cessé de l'être. Depuis sa jeunesse, elle est sujette à des étourdissemens et à des maux d'estomac presque continuels. Pour combattre ces accidens on lui a fait de fréquentes saignées. Enfin, il y a un an, elle a éprouvé un resserrement de poitrine qui l'empêchait de respirer facilement, et trois mois après, à la suite d'une émotion morale vive, elle a ressenti des battemens du cœur qui ont continué jusqu'à ce jour. Œdème considérable des extrémités inférieures depuis quatre mois.

La céphalalgie persiste ; forts bourdonnemens dans les oreilles ; trouble et quelquefois picotemens dans les yeux. Les jambes sont toujours œdématiées, la face jaune et bouffie. Elle accuse une douleur dans les reins.

La langue est naturelle, l'appétit conservé, la soif nulle ; mais il existe une douleur à l'épigastre qui augmente par la pression ; le reste du ventre est indolent, les selles ordinaires. 68 puls. et 14 respirations par minute. Impulsion forte des battemens du cœur à la région précordiale ; les battemens sont faibles sous la clavicule droite. La malade ne peut se moucher ni cracher sans ressentir des battemens

du cœur qui lui font perdre connaissance; alors les extrémités inférieures deviennent froides et s'engourdissent; la respiration est pure; pas de toux. (4 grains de digitale en poudre.)

La céphalalgie diminue, les palpitations sont toujours fortes, la langue est naturelle et l'appétit bon. 92 pulsations, 38 respirations. (8 grains de digitale en poudre.)

On continue cette dose depuis le 26 jusqu'au 30 mars, et rien d'appréciable ne se montre ni dans la circulation ni dans les voies digestives.

On cesse l'emploi de la digitale, et pendant quelques jours la malade reste aux boissons délayantes et à un régime doux.

Le 4 avril, elle éprouve des défaillances continuelles, grande anxiété; la langue est blanche et pâle; pas de nausées. L'appétit a disparu, la soif est vive, endolorissement général dans tous les membres, 96 pulsations et 36 respirations. Les palpitations sont plus fortes que jamais, et la céphalalgie persiste. On a recours au traitement antiphlogistique qui n'amène pas de soulagement.

Dans ce cas, aucune fonction n'a ressenti l'influence de la digitale; la sécrétion urinaire est restée la même; les battemens du cœur n'ont été ni plus accélérés ni plus forts que de coutume; les fonctions digestives n'ont pas été troublées. Cette observation nous prouve que chez certains individus, dans telle ou telle condition, comme nous le verrons dans les autres séries, la digitale administrée en poudre n'apporte quelquefois après elle aucune modification dans l'économie animale.

Obs. IIe — *Hypertrophie du cœur ayant commencé par une névrose de cet organe. Poudre de digitale, 60 grains en six jours.* — Un cordonnier, âgé de 59 ans, avait eu, il y a sept ans, à la suite d'un refroidissement subit, un accès de fièvre qui dura 24 heures. Deux jours

après il ressentit des palpitations qui persistent depuis ce temps. Jamais de dyspnée, jamais d'hémoptysie.

Etat actuel. —Céphalalgie, éblouissemens dans la vue et bourdonnemens d'oreilles depuis un mois; dans un voyage qu'il fit, il y a quelques jours, de Bayonne à Paris, les extrémités inférieures s'œdématièrent; cet œdème a presque totalement disparu. Il éprouve de la fatiguo dans tous les membres; les voies digestives sont en bon état; le pouls marque 72 pulsations, il y a 44 respirations. — Les battemens du cœur, un peu éclatans, sont sans impulsion à la région précordiale, mais ils se voient et on les entend très-distinctement au creux de l'estomac. Le bruit respiratoire est pur et fort partout. De temps à autre notre malade éprouve des frissons irréguliers. Jamais de douleur au cœur; les pieds et les mains sont froides.

On lui fait une saignée du bras le lendemain de son entrée à l'hôpital. Le sang n'est pas couenneux. Les palpitations sont moindres. 64 puls., 22 respirations.

Quelques jours se passent, le pouls est toujours à 64 pulsations; il y a 22 respirations. On ordonne 3 pilules dans chacune desquelles entre un grain de digitale. (6 pil. le lendemain, et 12 le surlendemain). Jusqu'au dernier jour, la digitale semble n'avoir exercé aucune modification; la circulation et la respiration n'ont pas varié. Les fonctions digestivesct sécrétoires sont restées les mêmes. Rien du côté du cerveau.

Le jour suivant on prescrit 16 grains de poudre de digitale, et on n'observe encore qu'une légère variation dans le pouls; il est descendu à 60 pulsations. Les palpitations diminuent. (20 grains de poudre de digitale en cinq pilules).

Une demi-heure après la quatrième pilule, nausécs et vomissement d'alimens; un peu de céphalalgie. Tous ces symptômes ont disparu dans la nuit. Le matin la langue est sèche; pas de soif. 64 puls., 30 respir. (On diminue la dose de digitale; 12 grains seulement en 4 pilules).

Le malade a eu deux vomissemens, un le matin et l'autre le soir. La langue est blanche, la soif nulle, pas de selles. 60 pulsations, 28 respirations; quelques vertiges dans la journée. On cesse la digitale.

Il n'y a plus de vomissemens. Quelques coliques cependant ont lieu dans le courant de la journée; une selle en est la suite. Les battemens artériels sont les mêmes.

Voilà un cas où l'administration de la digitale en poudre n'a amené après elle aucune amélioration dans l'état de notre malade. C'est le quatrième jour du traitement, à la dose de 16 grains, que l'on observe pour la première fois un ralentissement à peine notable de la circulation, et le lendemain des nausées suivies d'un vomissement se déclarent et persistent le jour suivant, quoique la quantité de digitale ait été diminuée. Notons aussi que le malade est resté quatre jours sans aller à la selle.

Obs. III[e] — *Asthme par affection des bronches. Tubercules pulmonaires.* (*Poudre de digitale pourprée*, 3 gros 26 grains *en* 12 *jours*). — Un ouvrier doreur, âgé de 35 ans, entre à la Pitié le 15 mars 1833. Dès son bas âge, nous dit-il, il tousse tous les hivers. En 1833 il a eu une première hémoptysie peu abondante, il est vrai, mais qui s'est répétée plusieurs fois pendant l'année. Sa respiration a toujours été gênée, et depuis 10 ans environ, la dyspnée s'accroît de temps à autre, rarement il éprouve des battemens de cœur.

La langue est naturelle, les selles ordinaires, seulement il y a anorexie complette. Le pouls, régulier et d'un développement normal, bat 96 fois par minute; il y a 28 respirations. Le malade se plaint d'une douleur déchirante existant au devant du sternum, lorsqu'il fait une grande inspiration ou lorsqu'il tousse. En arrière, des deux côtés, l'auscultation nous fait entendre du râle sibilant et ronflant, la respiration y est plus faible à gauche qu'à droite. En avant des deux côtés le bruit respiratoire est pur; bonne sonoréité des parois thoraciques, rien au cœur.

Les crachats muqueux sont assez abondans, ils sont mêlés à quelques filets de sang. On fait une saignée du bras, le caillot est sans couenne. La dyspnée est moindre, le pouls un peu irrégulier marque 68 pulsations; le nombre des inspirations est le même.

L'auscultation nous donne les mêmes renseignemens. (Un grain de digitale en poudre en une pilule.) — Rien aux voies digestives, 60 pulsations, 16 respirations, (2 grains de digitale le jour suivant). Le lendemain le pouls est encore diminué de fréquence, il ne marque que 52 pulsations à la minute; le malade a eu deux selles. (4 grains de poudre de digitale. (Le pouls est irrégulier, 60 pulsations, la bouche pâteuse, la langue naturelle, pas de soif, pas de selles. (12 grains de poudre de digitale). — Bouche toujours amère, la toux diminue, la respiration est plus libre, elle est pure en arrière. Le pouls redescend à 46 pulsations. (16 grains de digitale). Même état des voies digestives, 41 pulsations 16 respirations; (20 grains de digitale). Le malade a eu quelques nausées qui se sont dissipées en un instant; la bouche est toujours mauvaise; trois selles liquides sans coliques; 40 pulsations, (20 grains de digitale).

Le lendemain et les trois jours suivans la dose de la digitale n'a été portée qu'à 16 grains chaque 24 heures. Des nausées ont eu lieu pendant tout ce temps, le premier jour il est survenu deux vomissemens aqueux; le malade a eu 2 selles chaque jour sans coliques, sans douleur épigastrique. La langue est toujours naturelle, les vomissemens ont continué le deuxième et le troisième jour; rien du côté du cerveau; les battemens artériels ont varié entre 39 et 40 pulsations. Le dernier jour, les vomissemens s'étant arrêtés, on augmente la dose de digitale, (20 grains).

La diarrhée continue, 2 selles dans les 24 heures, pas de vomissement, pas de nausées; 40 pulsations, 14 respirations; (30 grains de digitale).

Les vomissemens reparaissent : le malade en a eu deux pendant la nuit. Encore un peu d'irrégularité dans le pouls qui bat 41 fois par minute. (36 grains de digitale).

Nausées toute la journée et de plus un peu de céphalalgie ; les voies digestives sont en bon état, le pouls est descendu à 37 pulsations, il n'y a que 13 respirations ; les crachats et la toux ont beaucoup diminué. (48 grains de digitale en poudre).

De nouveau, les vomissemens se montrent, ils sont constitués cette fois par une matière verte, porracée ; le malade a eu 3 selles, le pouls, régulier dans son irrégularité, bat 42 fois par minute. On suspend la digitale, les nausées, les vomissemens et les selles continuent (40 pulsations et 15 respirations) ; la langue conserve son humidité et sa couleur normales, il n'y a pas de douleur au creux de l'estomac. La toux n'existe plus ; le malade a dormi une grande partie de la nuit ; il est sorti parfaitement guéri le 5 avril, 18 jours après son entrée à l'hôpital.

Cette observation, que nous avons rapportée avec tous ses détails, nous offre, dans plusieurs points, un intérêt incontestable. D'abord, ce ralentissement du pouls, qui s'observe dès les premiers jours du traitement, lorsque le malade ne prenait encore que 2 grains de digitale ; puis du côté des voies digestives survient un peu de dérangement ; le malade a d'abord deux garderobes en 24 heures. On augmente chaque jour la dose du médicament ; le dévoiement persiste sans augmenter ni diminuer, les nausées et les vomissemens arrivent ; le pouls, malgré ce trouble des fonctions digestives, descend à 37 pulsations par minute, et en même temps la toux diminue, les crachats sont moins abondans. On continue : les mêmes accidens se montrent, la circulation est toujours lente et le malade sort guéri au bout de quelques jours. Jamais la langue n'a changé d'aspect, elle a été naturelle ; jamais non plus nous n'avons eu à noter une douleur épigastrique.

La sécrétion salivaire diminue au lieu d'augmenter, et les urines restent les mêmes. Un seul jour le malade s'est plaint de céphalalgie, elle n'existait plus le lendemain, et nous n'avons pas cessé l'administration de la digitale.

Obs. IV.e—*Hypertr. du cœur. Poudre de digitale,* 6 *grains en trois jours.*—Un imprimeur en taille-douce, âgé de 24 ans, natif de Paris, réunissait au plus haut degré tous les signes d'une hypertrophie du cœur. Il ne pouvait marcher ni monter un escalier sans ressentir une douleur poignante et très-forte à la région précordiale et en même temps un étouffement qui lui faisait quelquefois perdre connaissance. Il entra dans les salles de M. Andral, à l'hôpital de la Pitié, le 11 octobre 1831. Outre les symptômes que je viens d'énumérer, il se plaignait aussi de céphalalgie, d'étourdissement, etc. Son pouls ne donnait que 56 pulsations par minute; on lui fit une saignée et les symptômes cérébraux s'amendèrent, il prit ensuite de la poudre de digitale à la dose d'un grain, puis de deux et enfin de trois grains pendant quatre jours. La circulation ne fut point ralentie et les diverses fonctions nullement modifiées. La digitale, à petite dose, il est vrai, n'a entraîné à sa suite aucun résultat. A côté de ce fait en voici un autre qui paraîtra extraordinaire, eu égard à la quantité minime de poudre digitale administrée et aux accidens qui s'ensuivirent.

Obs. V.e—*Affect. organ. du cœur. Poudre digit.* 5 *grains et demi en* 4 *jours.*—Une femme âgée de 59 ans, marchande des quatre saisons, entre le 12 octobre dans le même hôpital et nous présente tous les signes d'une affection organique du cœur. La main, placée à la région précordiale, reconnaît des impulsions très-fortes, l'auscultation donne un bruit de soufflet qui s'étend jusque sous les clavicules. Les battemens s'entendent faiblement en arrière et à gauche et pas du tout en arrière à droite; il y a de plus, un peu de râle sous-crépitant dans différens points de la poitrine. Après deux mois de séjour environ dans les salles de M. Andral,

après avoir été saignée plusieurs fois sans éprouver de soulagement, on lui administre d'abord un quart de grain, puis un grain et ensuite 2 grains de poudre de digitale. La circulation reste la même, et il survient une diarrhée des plus abondantes : la malade n'a cessé d'aller à la garde robe pendant 24 heures. Elle est sortie quelques jours après présentant les mêmes signes d'affection du cœur, peut-être un peu moins marqués que le jour de son entrée, ce qui ne peut être attribué qu'au repos du lit.

Cette dernière observation, mise en parallèle avec la précédente, nous offre une différence bien bizarre, comme effet physiologique dans l'administration de la digitale. Les deux malades ont pris la même dose à peu près de digitale : chez le premier nous n'observons rien, et voilà que chez la seconde une diarrhée survient tout-à-coup; la dose de digitale était alors de 2 grains seulement.

Devons-nous attribuer à l'influence de la digitale ce trouble des fonctions digestives, ou bien y a-t-il eu simple coïncidence entre l'administration du médicament et l'accident survenu?

Obs. VI.e — Hypertrophie du cœur. — Digitale en poudre 37 grains en quatre jours.—Un domestique âgé de 18 ans, éprouve depuis 5 ans des douleurs dans les diverses articulations. Ces douleurs n'ont que quelques jours de durée, se passent, reviennent ensuite, se passent de nouveau, et amènent chaque fois après elles des palpitations plus ou moins fortes. Ces accidens ne se sont rencontrés que pendant l'hiver. Toute sa vie il a eu la respiration courte, jamais de céphalalgie, pas d'étourdissement, pas d'épistaxis. La langue est naturelle, anorexie depuis huit jours, soif vive, douleur épigastrique, selles ordinaires. Le pouls est filiforme et régulier, il bat 120 fois par minute, il y a 32 respirations. Les battemens du cœur sont très-forts depuis huit jours. — Son mat dans une grande étendue à la région précordiale, impulsions fortes au cœur; il s'entend dans tous les points

du thorax, on distingue en avant et à gauche un bruit sec qui semble dénoter un commencement de bruit de soufflet. Râle sous-crépitant en arrière des deux côtés. Toux de temps en temps. Dyspnée très grande.

On pratique une première saignée et le caillot se recouvre d'une couenne partielle. Le cœur reste le même, la dyspnée a diminué d'intensité. Un jour se passe, le pouls est à 124 pulsations, il y a 34 respirations par minute. La langue est pâle, un peu sèche, la soif à peu près nulle, le malade éprouve une légère douleur vers l'hypogastre. Le cœur fait entendre un bruit de soufflet très-prononcé, on prescrit 4 grains de poudre de digitale en 2 pilules.

Le pouls ne diminue pas de fréquence; il y a eu deux selles sans coliques. Les malléoles s'œdématient; il y a de plus une ascite manifeste. Le lendemain on ordonne 9 grains, puis 12 grains de poudre de digitale : les deux jours suivans nous n'observons aucun changement dans la circulation, les urines ne sont pas augmentées, la diarrhée persiste, l'état du cœur est le même, le dernier jour le malade éprouve une douleur vive dans les reins, le doigt annulaire de la main droite est gonflé dans toutes ses articulations autour desquelles on remarque de la rougeur; pas de sommeil la nuit dernière.

On pratique une saignée : le caillot se recouvre de la couenne des rhumatisans. Le malade a eu des nausées toute la journée et des vomissemens une grande partie de la nuit; les selles continuent en même nombre, les urines se troublent, mais elles ne sont pas plus abondantes, on cesse la digitale et pendant deux jours encore le dévoiement a continué. Le premier jour deux ou trois vomissemens bilieux surviennent dans la matinée, l'épigastre est douloureux à la pression, la langue est pâle mais humide, et le pouls irrégulier est devenu plus lent, il y a 68 pulsations et 34 respirations. — Quelques jours se passent, le repos du lit

et la diète amenèrent un peu de soulagement ; il sort le 8 avril.

Dans cette observation, tout ce qu'il y a noter, c'est qu'en même temps que la digitale est administrée, un dévoiement survient et persiste, le pouls n'est pas ralenti, l'état du cœur n'est pas modifié ; il y a bien ascite et œdème des membres inférieurs, et cependant les urines n'augmentent pas de quantité ; seulement elles deviennent troubles, puis survient un rhumatisme, on continue la digitale, on fait une seconde saignée du bras : les nausées et les vomissemens apparaissent, et pour la première fois il survient une diminution d'accélération dans les battemens artériels qui sont irréguliers, pour la première fois aussi. Ce dernier effet dépend-il de la digitale ou bien de la saignée ?

Obs. VII[e] *Emphysème pulmonaire ; bronchite aiguë ; signes généraux d'une affection du cœur. — Poudre de digitale administrée à la dose de un gros 39 gr. pendant six jours.* — Un palfrenier, âgé de 38 ans, entre le 22 mars 1833, à la Pitié. Depuis deux ans, il éprouve de la dyspnée qui, devenant de plus en plus plus forte la première année, est continue depuis un an. De temps en temps aussi il ressent des battemens de cœur, jamais les jambes ne se sont œdematiées.

Actuellement il a de la céphalalgie, des étourdissemens ; les lèvres sont violettes, la face bouffie, les mains un peu gonflées, la langue pâle, la soif vive, l'appétit est conservé, le ventre indolent et les selles ordinaires.

Sonorité normale à la région du cœur, les battemens du cœur sont faibles et sans bruit insolite ; le malade accuse une douleur qui, partant de l'abdomen, va se rendre à la région précordiale.

Râle crépitant en bas, en arrière et à gauche ; râle ronflant en plusieurs points de la poitrine ; sonorité plus grande et respiration plus obscure en avant et à droite ; crachats muqueux abondans, toux habituelle. On saigne le malade,

et l'abondance des urines est remarquable. Pas de selles depuis plusieurs jours. On lui donne 12 grains de calomélas; le pouls reste le même; le malade a eu cinq selles sans coliques, si ce n'est au moment d'aller à la garderobe. Un jour se passe, le malade est pris dans la nuit d'un accès de suffocation. Le matin nous le trouvons assis sur son lit et respirant avec difficulté; 96 pulsations, 24 inspirations. La respiration est haute, costale. (℥ ij d'huile de ricin).

La respiration n'est plus gênée; la face est moins bouffie; 10 selles avec coliques ont été la suite de l'administration de l'huile de ricin; le pouls est à 84 puls.; le nombre des inspirations est le même.

Le 5 avril, l'amélioration continue, il y a 68 pulsations et 24 respirations par minute. On ordonne 8 grains de digitale en poudre.

Le lendemain, 12 grains, et le surlendemain 20 grains de digitale; pas de vomissemens, pas de nausées pendant ces trois jours. Depuis hier seulement la circulation est ralentie; 56 pulsations et 20 respirations. (25 grains de poudre de digitale).

Rien d'appréciable aux voies digestives. Les urines sont plus abondantes que la veille. 30 gr de digitale.

Aujourd'hui, pour la première fois, apparaissent les nausées et les vomissemens qui sont de matière bilieuse; la langue est humide, la soif plus vive : il y a de la douleur à l'épigastre. Le nombre des pulsations est le même : 56 pul. (16 grains de digitale.)

Le malade a vomi toute la journée, la langue est blanche, humide et pâle; le pouls est remonté à 72 pusations, il est toujours régulier. La quantité de l'urine n'augmente plus. Ce matin, quelques étourdissemens. (On cesse la digitale.)

Le lendemain, les organes ont repris leurs fonctions. Le pouls descend à 52 pulsations, il y a 16 respirations. Quel-

ques jours se passent, le mieux continue et le malade sort avec un pouls lent et des palpitations moins fortes.

Dans cette observation nous remarquons le quatrième jour un ralentissement de battemens artériels ; le pouls est descendu à 56 pulsations de 68 où il était d'abord. Le cinquième jour la quantité des urines augmente notablement, il n'y a encore rien du côté des organes digestifs. On augmente la dose de la digitale, et tout-à-coup les nausées, les vomissemens, la douleur épigastrique apparaissent, la circulation s'accélère. On cesse l'administration du médicament, tous les accidens se dissipent, et le pouls reprend sa première lenteur ; il semble que l'effet de la digitale se continue seulement dans le système circulatoire.

Obs. VIIIe.—*Tubercules pulmonaires ; gargouillement sous la clavicule gauche. Poudre de digitale,* 65 *grains en* 5 *jours.* — Le 28 mars de l'année dernière est entré à la Pitié un compositeur en imprimerie, âgé de 27 ans, présentant tous les symptômes d'une tuberculisation pulmonaire déjà fort avancée. L'auscultation nous démontre l'existence d'une large caverne en avant et à gauche sous la clavicule. Son pouls bat 128 fois par minute, il y a 44 inspirations dans le même espace de temps. On pratique une saignée qui n'amène, après elle, aucun résultat avantageux. Le lendemain il y a 132 pulsations et 40 respirations. Deux à trois selles chaque jour. L'appétit est conservé. (6 gr. de poudre de digitale en 3 pilules). La langue est un peu sèche et rouge ; quatre selles dans la journée. (12 grains de digit. en 4 pilules.).

Ni vomissemens, ni nausées, pas de douleurs épigastriques, une selle. (12 gr. de digit.) 136 puls. 48 respir.

Même état (16 gr. de poudre de digitale). Quelques nausées ; la nuit dernière, céphalalgie, assoupissement, langue naturelle. 2 selles. 160 puls. 60 resp. ; mêmes signes stéthoscopiques. (20 gr. de poudre de digitale). Même état des voies digestives. 136 puls. et 44 respir. On prescrit encore

25 grains de poudre de digitale. Le malade meurt dans la nuit.

L'autopsie du cadavre, faite 24 heures après la mort, nous a confirmé dans notre diagnostic, Je crois inutile de la rapporter ici.

Cette observation nous montre qu'en même temps que la digitale est administrée, la circulation s'accélère. Mais dans ce cas, doit-on attribuer à notre thérapeutique l'accélération des battemens artériels, ou bien cet effet tenait-il seulement à la condition pathologique de notre malade ? Je le crois bien certainement, et la digitale, dans cette circonstance, n'a amené à sa suite aucune espèce de résultat.

Obs. IXe. *Phthisie pulmonaire.* — Une dernière observation qui a trait encore à un phthsique, est celle d'un commis marchand âgé de 22 ans, et chez lequel nous avons constaté les signes non douteux d'une caverne sous la clavicule gauche ; il fut saigné, et de même que chez le sujet précédent, le caillot était recouvert d'une couenne blanche. Le nombre des pulsations artérielles, qui était de 60 avant la saignée, s'était élevé le lendemain à 76. Il y avait 24 respirations avant comme après. On prescrivit 8 gr. de poudre de digitale en quatre pilules). 12 grains le lendemain et 16 grains le jour suivant. Jusque-là aucun trouble n'était survenu dans les diverses fonctions. Le soir du dernier jour, il y eut un vomissement composé de substances alimentaires. Toute la nuit le malade ressentit des nausées et une pesanteur au creux de l'estomac. Les selles sont naturelles ; le pouls marque 64 puls., il y a 20 resp. (20 gr. de digit.).

Aujourd'hui les vomissemens ont cessé, la douleur épigastrique a disparu, la circulation est la même. (20 gr. de digitale).

Les vomissemens ont reparu, mais cette fois ils sont composés de matière verte porracée. L'épigastre est indo-

lent, le ventre aussi, pas de céphalalgie. Le pouls est devenu irrégulier, il a diminué de fréquence ; 56 pulsat., 20 respirations. (On cesse la digitale).

Les vomissemens continuent pendant deux jours encore, le pouls donne 64 puls. le premier jour, et 56 le second; pas de selles, pas de douleur épigastrique, pas de céphalalgie. Le malade sort quatre jours après. Il a 64 pulsations, 20 respirations.

Ce fait nous montre d'abord un trouble des fonctions digestives le quatrième jour de l'administration de la digitale, en même temps le pouls se ralentit. On continue, malgré ces premiers accidens, en augmentant la dose de la digitale, 20 grains au lieu de 16, et loin de s'aggraver, les nausées et les vomissemens disparaissent, la douleur épigastrique n'existe plus ; le pouls reste le même.

La même dose de digitale est continuée ; les accidens de l'avant-veille reviennent plus graves que la première fois, ils persistent pendant trois jours malgré la cessation de notre médicament.

Il est remarquable aussi que le trouble occasionné par la digitale n'a porté que sur le membrane muqueuse gastrique. Le malade n'a pas eu un seul jour du dévoiement.

La sécrétion urinaire n'a pas varié ; nous n'avons pas vu non plus que le système nerveux ait été un seul instant influencé.

SECONDE SÉRIE. — *Extrait aqueux de digitale.*

Obs. I.re — *Congestion cérébrale.* — *Dyspnée depuis trois mois sans palpitations.* — *Extrait aqueux de digitale* ; 3 *gros* 70 *grains en sept jours.* — Un bonnetier, âgé de 58 ans, a eu il y a quatre ans, pendant quatre mois, de forts étourdissemens, pour lesquels on l'a saigné. Depuis lors, ces étourdissemens ont reparu, mais plus faibles et l'on a eu chaque fois recours à la saignée du bras. Depuis dix jours grande faiblesse dans les membres, il chancelle à

chaque pas, céphalalgie, étourdissemens qui augmentent quand il se lève, et au milieu de tout cela, la vue est nette; sifflement dans l'oreille droite; l'appétit est diminué, la langue bonne, pas de douleurs abdominales; selles ordinaires; 72 pulsations et 24 respirations à la minute. Le ventricule gauche du cœur fait entendre un bruit sec à chacun de ses battemens, essoufflement depuis trois mois. Une première saignée est pratiquée sans resultat aucun. Le pouls reste à 72 pulsations, il n'y a plus que 20 respirations. Les étourdissemens sont les mêmes, le malade a divagué une partie de la nuit. On fait une seconde saignée; les mêmes accidens existent du côté du cerveau. On prescrit une goutte d'huile de *croton-tiglium* dans une cuillerée de tisane. Le malade a eu sept selles liquides; tous les symptômes cérébraux se sont dissipés. Le pouls marque 72 pulsations, il y a 20 respirations. Deux jours se passent, cet état d'amélioration continue; on prescrit alors 16 grains d'extrait aqueux de digitale.

Le lendemain, rien d'appréciable aux voies digestives ni au cerveau; 68 pulsations, 20 respirations. (24 grains d'extrait aqueux de digitale). Le jour suivant 60 pulsations, 20 respirations. La dose de la digitale est portée à 36 grains dans les vingt-quatre heures, et cette dose est continuée pendant trois jours de suite. Le deuxième jour, le pouls bat 54 fois par minute. La respiration est la même. Le troisième jour il n'y a plus que 48 pulsations. On ordonne 52 grains d'extrait aqueux de digitale; puis, 72 grains du même extrait: le jour suivant, le pouls reste à 48 pulsations; pendant ces deux jours là rien, absolument rien, n'apparait aux voies digestives ni du côté du cerveau. L'état du cœur est le même.

Voilà un de ces cas où l'administration de la digitale aurait dû réveiller quelques symptômes nerveux, quelques troubles du côté du cerveau qui venait d'être malade, et cependant qu'avons-nous observé? un ralentissement gra-

duel et très-notable de la circulation : de 72 pulsations qu'il donnait à la minute, le pouls en sept jours de temps est descendu à 48 pulsations; pas d'irrégularité dans ses battemens. Pas de trouble dans la vue, pas même de céphalalgie. La quantité des urines est restée la même. Les fonctions digestives n'ont pas été un seul instant troublées.

Obs. II.[e] — *Rhumatisme ancien. — Extrait aqueux de digitale, 2 gros 43 grains en 7 jours.* — Un maçon, âgé de 58 ans, entre à la Pitié le 10 juillet de l'année dernière; tout ce qu'il nous offre, c'est un rhumatisme chronique de chaque articulation tibio-tarsienne. Jamais de toux, jamais d'hémoptysie, la respiration est pure, le cœur ne présente rien d'anormal. De temps en temps, il a eu quelques étourdissemens, pas de céphalalgie; on fait d'abord une saignée, puis quelques jours après on lui donne l'extrait aqueux de digitale à la dose de 2 grains. Le pouls marque 56 pulsations à la minute, il y a 24 respirations.

Le 15 du même mois, lendemain de l'administration du médicament, le malade a eu 2 selles, le pouls est remonté à 64 pulsations. (4 grains d'extrait aqueux de digitale en 2 pilules).

Le 16, le pouls marque 60 pulsations; il n'y a pas eu de selles, les urines sont les mêmes. (9 grains de digitale en 3 pilules).

Le 17, même état; (12 grains de digitale en 4 pil.).

Le 18, aucun accident encore du côté des voies digestives; le pouls est redescendu à 56 pulsations. (20 grains de digitale en 5 pilules).

Le jour suivant, quelques douleurs dans le ventre, la langue est humide; 56 pulsations, 16 respirations. (32 grains d'extrait de digitale).

Le 20, la bouche est mauvaise, le pouls irrégulier, il donne le même nombre de battemens dans le même es-

pace de temps que la veille. (40 grains de digitale en 8 pilules).

Le 21, quelques coliques dans la journée ; le soir, nausées et vomissemens de matières verdâtres, sans douleur épigastrique ; 2 selles un peu liquides, ventre indolent, langue humide sans rougeur, pas d'étourdissemens, pouls régulier, 56 pulsations. (48 grains d'extrait de digitale).

Les vomissemens se sont répétés plusieurs fois, il y a de la douleur à l'épigastre ; le pouls est redevenu irrégulier dans ses battemens qui ne sont plus qu'au nombre de 44 par minute.

On supprime la digitale, les accidens persistent pendant 24 heures encore, le malade sort le 25, et son pouls ne donne que 52 pulsations.

J'ai oublié de dire que son rhumatisme avait en partie cédé à l'émision sanguine qui a été pratiquée le lendemain de son entrée à l'hôpital; le repos du lit a fait le reste, il est sorti guéri.

Cette observation, comparée à la précédente, nous fait voir combien sont grandes les anomalies que nous présente la digitale dans son mode d'action sur tel et tel individu comme effet physiologique. Dans le dernier cas ce n'est que le troisième jour de l'administration du médicament que le pouls se ralentit. Deux jours après, les battemens artériels deviennent irréguliers, la bouche est mauvaise, les fonctions digestives se dérangent; à la dose de 40 grains d'extrait aqueux, des coliques surviennent, puis des nausées et des vomissemens, le pouls redevient régulier, les vomissemens continuent, il y a de la douleur à l'épigastre et au milieu de ce trouble de l'appareil digestif, l'artère radiale explorée ne donne que 44 pulsations à la minute. Cependant, rien de semblable ne s'est montré chez le bonnetier qui fait le sujet de l'observation première. Tous deux sont du même âge, tous deux sont forts, bien musclés. Nous étions dans ces deux cas, ce me semble, dans les

conditions les plus favorables pour que la digitale nous donnât des résultats identiques.

Cette observation, comme la précédente, ne nous offre aucun symptôme cérébral, aucune augmentation de la sécrétion urinaire. Ajoutons aussi que la digitale a été portée à la dose de 48 grains seulement le dernier jour du traitement dans ce dernier cas; tandis que l'individu qui fait le sujet de la première observation en a pris 72 grains dans les dernières 24 heures.

Obs. III.[e] — *Bronchite aiguë.* — *Extrait aqueux de digitale quatre gros* 6 *grains en* 4 *jours.* — Un terrassier, âgé de 58 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 53 ans. Depuis cette époque il a éprouvé de la dyspnée chaque hiver, depuis ce temps aussi toux assez forte. Il a eu, il y a un an, une pleuro-pneumonie à gauche. La toux s'est accrue, il est survenu de la céphalalgie, de l'anorexie, et l'auscultation nous fait entendre, en arrière des deux côtés, du râle sous-crépitant. Des deux côtés aussi la respiration est plus obscure; elle est plus forte au contraire en avant, à droite et à gauche, dans l'étendue des deux poumons. Les crachats sont ceux de la simple bronchite. Le pouls n'est pas fréquent, il bat 68 fois par minute, il y a 28 respirations dans le même espace de temps. On pratique une saignée; la céphalalgie diminue; la toux reste à peu près la même. 64 pulsations, 20 respirations, même râle, (6 grains d'extrait aqueux de digitale en solution dans une potion gommeuse). La toux est moindre; la céphalalgie aussi; l'appétit revient; 60 pulsations, 16 respirations. (20 grains d'extrait aqueux de digitale).

Rien de particulier le jour suivant. (20 grains de digitale.

Le lendemain, quelques coliques légères vers l'hypogastre, le pouls est descendu à 56 pulsations, il n'y a que 20 respirations. La céphalalgie a disparu totalement; la toux est moins forte encore que les jours précédens. On

cesse la digitale, le malade sort quatre jours après : son pouls était à 52 pulsations.

Dans cette observation, pas plus que dans les deux précédentes, nous n'avons observé de symptômes cérébraux. Bien loin de là, la céphalalgie qui existait au commencement de l'administration de la digitale, disparaît complètement. Le pouls s'est ralenti, mais le dernier jour seulement, et en même temps il survint quelques coliques légères.

Il est extrêmement probable, que si dans ce cas de nouvelles doses de digitale, plus fortes que les premières, eussent été ingérées le cinquième jour dans l'estomac, il serait survenu de la diarrhée et des vomissemens, et que nous eussions détruit en un jour les bons effets que nous avions obtenus en quatre. Il ressort encore de cette observation que, si l'on savait graduer la dose du médicament sur la muqueuse gastrique, on obtiendrait, sinon dans tous, au moins dans la grande majorité des cas un amendement très notable dans les divers symptômes des différentes affections du cœur.

Obs. IV.ᵉ — *Emphysème pulmonaire; palpitations à la suite d'un vomissement de sang; éclat dans les battemens du cœur sans hypertrophie de ses parois. — Extrait aqueux de digitale de 3 à 47 grains en 7 jours.* — Une culottière, âgée de 45 ans, entre à la Pitié le 12 juillet 1833. Comme antécédens, nous apprenons qu'elle a été réglée à 11 ans, que depuis trois mois elle a cessé de l'être, et que depuis dix ans elle est sujette à un écoulement blanc qui paraît à chaque époque des règles pendant huit jours environ. A l'âge de 35 ans, elle a vomi à différentes fois une quantité de sang qu'elle évalue à deux ou trois pintes. A la suite de ces accidens, elle fut prise tout-à-coup d'une cécité qui dura huit jours; pas d'étourdissemens, un peu de céphalalgie pendant cette dernière huitaine. Sa vue est revenue à la suite d'une saignée locale pratiquée aux tempes.

Depuis cinq ans aussi elle a éprouvé de très violens maux d'estomac ; elle rejettait souvent tous ses alimens et ses boissons. Maintenant, elle digère assez bien, et n'éprouve plus de douleur épigastrique après ses repas. Les fleurs blanches ont cessé ; la langue est naturelle, l'appétit assez bon ; elle n'a pas d'oppression, mais elle ressent souvent des palpitations à la région du cœur depuis son hématémèse. La percussion de la poitrine est sonore partout, mais plus à droite et en avant. L'auscultation nous fait entendre une respiration à peu près nulle en avant et à droite ; en arrière et à droite la respiration est également plus faible, elle est normale à gauche. Eclats dans les battemens du cœur, 68 pulsations, et 24 respirations à la minute. On laisse la malade à une médecine expectante pendant 24 heures.

Le 14 juillet, le pouls est à 64 pulsations, il y a 32 respirations par minute. (2 gr. d'extr. aq. de digitale).

Le 15, l'état de pouls est le même. (4 gr. de digitale).

Le 16 et le 17, la malade prend 9 grains de digitale le premier jour, et 12 gr. le second.

Rien de nouveau dans la circulation ni dans la respiration. Les voies digestives restent intactes. Le 18, légère douleur épigastrique qui n'a été que passagère. (20 gr. de dig.)

Les palpitations se sont montrées une grande partie de la journée ; pas d'étourdissemens, pas de céphalalgie ; les voies digestives sont en très-bon état, la sécrétion des urines n'est nullement augmentée, et la circulation reste stationnaire. 15 pulsations et 8 respirations par quart de minute.

Cette observation, qui n'est pas la seule que nous possédions de ce genre, nous présente encore un résultat nouveau des effets de la digitale sur l'économie. Dans ce cas, aucun organe n'a ressenti l'influence du médicament, aucune fonction n'a été troublée, il n'est survenu ni accélération ni diminution assez notable dans les battemens artériels

pour qu'elle puisse être attribuée à notre thérapeutique ; une légère douleur épigastrique a eu lieu : mais ne se serait-elle pas accrue le lendemain si elle eût été la conséquence nécessaire de l'administration de la digitale ?

Obs. V.ᵉ —*Tubercules pulmonaires ; dyspnée, palpitations.* 31 *gr. d'extrait aqueux de digitale en cinq jours.*— Une couturière, âgée de 23 ans, présentant tous les signes de tuberculisation déjà fort avancée, entre à la salle Saint-Thomas, le 12 juillet de l'année dernière. Depuis plus de 6 mois elle a des crachemens de sang ; depuis cette époque elle ne peut faire une course, monter un escalier sans ressentir de l'oppression et des palpitations plus ou moins fortes qui l'empêchent de continuer. Son pouls, petit et serré, bat 92 fois par minute, la respiration s'élève à 24 dans le même espace de temps. Céphalalgie depuis plusieurs jours. On la saigne et le caillot offre à sa surface une couenne que l'on ne peut mieux comparer qu'à celle du sang des rhumatisans. La respiration est restée la même ; elle a 80 pulsations, et le pouls présente les mêmes caractères.

Le 16 du même mois, on prescrit 3 gr. d'extrait aqueux de digitale. L'artère radiale présente le même nombre de pulsations que les jours précédens. Le lendemain, pas de nausées, douleur épigastrique, la soif est plus vive, il existe de la céphalalgie qui date de 8 jours ; 88 pulsations, 28 respirations. (4 gr. d'ext. aqueux de digitale en pilules.)

Le 18, la douleur épigastrique persiste ; 92 pulsations. (8 gr. d'ext. aq. de digitale dans un quart de lavement).

Pas d'étourdissemens, pas de nausées, toux plus forte, même sensation douloureuse à l'épigastre ; les battemens artériels sont plus nombreux encore. 100 pulsations, 36 respirations. (16 gr. de digitale dans un quart de lavement.)

Le lavement a été gardé comme le précédent, il n'y a pas d'étourdissemens ; la toux est plus forte, le pouls est le même ; il est survenu quelques nausées, et le malade a ressenti des coliques pendant une grande partie de la nuit dernière.

Ce fait nous offre un exemple de plus du peu d'influence de la digitale sur le cerveau. Cette malade a bien eu de la céphalalgie, mais cette céphalalgie datait de huit jours avant l'administration de la digitale, et qui plus est, elle n'a augmenté ni diminué pendant les cinq jours qu'a duré le traitement.

Dès le second jour, l'épigastre est devenu douloureux. Au troisième jour, la toux est plus forte, le pouls, de 28 monte à 100 pulsations dans la minute, la malade ressent quelques nausées, il n'y a pas de vomissement, et c'est le cinquième jour seulement qu'elle éprouve quelques coliques sans diarrhée.

Les sécrétions salivaire et urinaire ne sont ni plus ni moins abondantes. La digitale n'a donc produit dans ce cas autre chose qu'une accélération de la circulation et un léger dérangement des voies digestives.

Obs. VI[e] —*Tubercules pulmonaires, pas de dyspnée, pas d'hémoptysie, jamais de battemens de cœur; ext. aq. de digit. de 1 gros 18 grains en 9 jours.* — Sans établir ici les antécédens recueillis chez le malade qui fait le sujet de cette observation, il me suffit de dire que c'est un jeune homme âgé de 21 ans, maréchal de profession, offrant tous les symptômes d'une phthisie déjà avancée; la langue est naturelle, l'appétit conservé, le ventre indolent et les selles ordinaires; son pouls bat 72 fois par minute, il y a vingt respirations. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, on prescrit une saignée. Le sang présente la couenne des tuberculeux, le pouls est tombé à 68 pulsations, la respiration est la même. (1 gr. d'ext. aqueux de digit. en 1 pil., le premier jour, 2 grains le second, et 3 grains le troisième.)

Jusque-là la circulation n'a pas changé, mais il est survenu un peu de céphalalgie, et la sécrétion des urines a été beaucoup plus abondante que de coutume. Ce jour là et les deux suivans, la dose de digitale est élevée, d'abord à 4, puis à 6, ensuite à 12 grains, dans les 24 heures. La céphalalgie n'a pas

persisté, l'abondance des urines est toujours notable, pas de douleur épigastrique, une seule selle chaque jour, les battemens artériels ont varié entre 72 et 68 pulsations à la minute, (24 gr. ext. aq. de digit).

Le lendemain douleur épigastrique pour la première fois, pas de nausées, deux selles sans colique, la langue est un peu rouge, la soif n'est pas augmentée, 76 pulsations et 28 respirations.

On continue cette dose de digitale pendant deux jours encore. La douleur épigastrique persiste, quelques nausées sont survenues pendant la dernière nuit, la langue est naturelle, le malade a eu trois selles. — Le pouls est descendu à 56 pulsations, il y a 28 respirations. On cesse la digitale, et dès le lendemain les battemens artériels ont repris leur type habituel : 72 pulsations et 24 respirations.

Cette observation, qui offre avec la précédente, beaucoup d'analogie sous le rapport pathologique, lui est on ne peut plus dissemblable, au contraire, envisagée dans ses effets thérapeutiques. Chez l'un des malades la dose de digitale a été portée à 16 grains seulement, et chez l'autre à 24 grains pendant les trois derniers jours. Chez ce dernier, il survient de la céphalalgie au troisième jour, et en même temps la sécrétion urinaire est beaucoup augmentée, il n'y a cependant chez notre malade ni ascite, ni œdème des extrémités inférieures, et c'est la seule fois que nous avons observé un phénomène semblable qui, d'après les auteurs qui ont écrit sur l'action de la digitale, se lie toujours à un des symptômes que nous venons d'énumérer. De plus, les battemens artériels se sont ralentis le dernier jour du traitement, et c'est ce jour là aussi qu'il est survenu du dévoiement précédé de douleur épigastrique et de quelques nausées.

Obs. VII[e] — (63 *gr. d'ext. aq. de digitale en* 6 *jours*). — Un cordonnier, âgé de 27 ans, avait eu à la suite d'un accès de colère un frisson général qui fut suivi de chaleur et de sueurs qui persistèrent pendant trois jours; c'est le qua-

trième jour de cet accident qu'il entra à la Pitié. La langue était recouverte d'un enduit blanchâtre assez épais, la bouche mauvaise, anorexie complète, l'épigastre était douloureux, et dès le premier jour il y avait eu du dévoiement qui existait encore : 3 à 4 selles dans les 24 heures. Le pouls est à 68 pulsations; la respiration n'est pas gênée, il y a 20 respirations par minute; depuis 15 ans, ce jeune homme tousse chaque hiver, et cependant le bruit respiratoire est pur, rien d'anormal au cœur.

On lui fait une saignée du bras de 4 palettes, le caillot est sans couenne et le pouls est monté à 72 pulsations; le nombre des respirations est le même, 2 selles liquides dans le courant de la nuit, disparition de la douleur épigastrique. Le 14 juillet on lui donne 2 grains d'extrait aqueux de digitale; 2 selles liquides; le lendemain à la suite de légères coliques, le pouls redescend à 68 pulsations; (4 grains d'ext. aqueux de digitale). Rien de nouveau, le 16, on ordonne 6 grains du même extrait. Le malade eut trois selles dans le courant de la journée et ressentit pendant tout ce temps quelques douleurs abdominales; le pouls reste le même : 9 grains d'extrait, puis 16 grains le jour suivant et 24 grains le 19. Pendant ces trois jours le pouls varie entre 76 et 84 pulsations, les voies digestives conservent leur état de la veille; le dernier jour il survient quelques nausées sans vomissement; pas de céphalalgie, l'épigastre est indolent, la langue est humide, sans rougeur, le pouls ne bat que 68 fois par minute, mais les coliques existent toujours, et le malade a eu encore trois garde-robes la nuit dernière.

Devons-nous attribuer dans ce cas la persistance du dévoiement à l'extrait aqueux de digitale? Cependant il n'en a pas été la cause première, les antécédens en font foi. Mais si la diarrhée n'eût pas existé avant l'administration de la digitale, serait-elle survenue comme conséquence de son emploi? Le dévoiement ne s'est pas accru chez notre ma-

lade, seulement il a persisté, le nombre des selles est resté à-peu-près le même.

Cette observation doit donc être rangée parmi celles où la digitale n'a exercé aucune influence sur les diverses fonctions; le pouls s'est bien un peu accéléré le cinquième et le sixième jour du traitement, mais le jour d'après il a repris son type normal, il est redescendu à 68 pulsations.

Obs. VIII.ᵉ — *3 gros* 10 *grains d'extrait aqueux de digitale en* 12 *jours.* — Il ne nous reste plus maintenant, pour compléter la série d'observations où la digitale a été employée sous forme d'extrait aqueux, que de citer la suivante qui nous offre encore une anomalie de plus dans les nombreux effets que nous avons déjà observés à la suite de l'emploi de la digitale. Ce dernier fait a rapport à un menuisier, tuberculeux, âgé de 22 ans, qui jamais n'a eu d'hémoptysie, jamais de dyspnée ni de palpitations; les battemens du cœur se font néanmoins avec éclat, il y a de l'impulsion à la région précordiale, et une sonoréité marquée dans une assez grande étendue en avant et à gauche du thorax. Le pouls marque 68 pulsations à la minute; il y a 24 respirations. La langue est sèche; le malade éprouve souvent des nausées lorsqu'il tousse, l'anorexie est à-peu-près complète; pas de selles depuis 8 jours. Céphalalgie et mal de gorge depuis plusieurs jours aussi. On le saigne, et le caillot présente la couenne des phthisiques. La langue conserve le même aspect. On prescrit 12 sangsues au creux de l'estomac. Rien de nouveau du côté des voies digestives, le pouls ne donne plus que 60 pulsations à la minute.

Le 12 juillet, M. Andral prescrit 1 grain d'extrait aqueux de digitale, et en augmentant progressivement chaque jour le malade prend, le 17 du même mois, 10 grains du même extrait. Jusque-là, tout ce que nous observons c'est une constipation opiniâtre; les voies digestives, respiratoires, sécrétoires, ne sont nullement modifiées. On ordonne 20 grains, puis trente grains d'ex-

trait les deux jours suivans. Il est survenu quelques coliques. La constipation persiste, le pouls est descendu à 52 pulsations. (36 grains d'extrait aqueux de digitale).

Même état, sauf une légère douleur épigastrique qui n'a été que passagère. (36 grains de digitale).

Le pouls est irrégulier, il ne bat que 48 fois dans une minute. (40 grains d'extrait de digitale).

L'irrégularité continue dans les battemens artériels, il n'y a plus que 44 pulsations. (50 gr. d'ext. de digitale).

Pas de nausées, pas d'étourdissemens; l'artère radiale explorée donne le même nombre de pulsations dans le même espace de temps; plus de coliques, une seule selle de bonne consistance

Tout ce que nous avons observé dans ce cas se réduit à un ralentissement du pouls et à une constipation des plus rebelles; le malade est resté pendant 21 jours sans aller à la garderobe, et c'est le dernier jour de l'administration de la digitale, à la dose de 50 grains, qu'il a eu une seul selle.

Cette observation, plus encore que celle qui la précède, prouve que la digitale n'a pas toujours une action marquée sur la muqueuse digestive. Pouvions-nous donc établir des règles générales; pouvions-nous, sans crainte de tomber dans l'absurde, dire de la digitale, comme on a dit de tant d'autres médicamens: telle chose arrive dans tel cas, tel effet ne se dément jamais? Pouvions-nous, pour être exacts, suivre, dans la question que nous nous sommes imposée, une autre marche que celle que nous avons adoptée? Nos lecteurs apprécieront, je pense, notre système qui consiste à n'en pas avoir, et qui nous permet d'exposer avec détails chaque observation, sans être obligé de les encadrer toutes ensemble.

(La suite au prochain Numéro.)

Recherches expérimentales sur quelques maladies des os du pied peu connues jusqu'à ce jour; par le docteur ROGNETTA. (Fin.)

Quod superest faciam ego, quoad potero.
SCARPA, Anatomicarum annotationum.

§ II. *Luxations du Calcanéum.*

Si l'astragale fait l'office d'un hypomoclion mobile dans la marche, le calcanéum forme sans contredit la base, le soutien, l'assiette de notre corps. C'est sur la tubérosité antérieure du calcanéum, en effet, que répond tout le centre de gravité de notre machine à chaque *pas* que nous faisons : c'est de cette tubérosité que part le mouvement de *translation* dont nous avons parlé. Aussi la nature a-t-elle pris grand soin de bien assurer le but qu'elle se proposait dans la fabrication de cet os. Non seulement il est très-solidement construit par sa texture, par son volume, et par sa figure contournée de dedans en dehors, mais encore il est placé obliquement par rapport aux autres os du tarse, de manière que sa tuberosité postérieure est située tout-à-fait en dehors de la ligne centrale de l'articulation tibio tarsienne, ce qui doit considérablement augmenter la solidité de l'appui qu'il fournit à tout le corps. Qu'on imagine, en effet, un plan tiré verticalement, d'avant en arrière, sur le dos du pied, passant par le centre de l'articulation du coude-pied, divisant par conséquent en deux parties égales la poulie articulaire de l'astragale : l'on verra que la partie antérieure du pied se trouvera partagée en deux moitiés égales par ce plan, mais que la tubérosité postérieure du calcanéum tombe *tout à-fait en-dehors de cette section.* C'est donc avec une grande prévoyance que la nature plaça le calcanéum obliquement, de manière à former une grande saillie à la partie externe postérieure

du pied, et à être hors du centre de l'articulation de ce membre. Cette position du calcanéum rend ses déplacemens beaucoup plus difficiles qu'ils ne seraient autrement. Mais ce qui nous importe le plus de connaître pour notre sujet, ce sont les moyens d'union du calcanéum avec les autres os qui l'environnent.

On pourrait dire à la rigueur que le calcanéum est en rapport d'articulation non-seulement avec les os du pied dont il forme la base, mais aussi avec les os de la jambe. En effet, *antérieurement*, le calcanéum s'articule par surface osseuse avec le cuboïde et avec une petite facette latérale du scaphoïde. Quatre ligamens joignent la tubérosité antérieure du calcanéum avec les deux derniers os. De ces ligamens deux appartiennent au scaphoïde; nous en avons parlé : les deux autres sont le *cuboïdo-calcanéen supérieur*, et le *cuboïdo-calcanéen inférieur*. Ce dernier ligament mérite ici une mention particulière, parce qu'il est le plus fort et le plus volumineux des ligamens du pied, et qu'il joue un rôle important dans une maladie dont nous parlerons ci-après. Le ligament cuboïdo-calcanéen inférieur, ou *le grand ligament tarsien plantaire*, fortifie singulièrement la plante du pied en s'étendant depuis la tubérosité postérieure du calcanéum jusqu'aux deux derniers os du métatarse, il lie fortement dans son passage l'os cuboïde à la tubérosité antérieure du calcanéum. —*Supérieurement*, le calcanéum s'articule avec l'astragale par une double facette articulaire et par le ligament *sous-astragalien* dont il a été précédemment question. — *Latéralement* et *postérieurement*, plusieurs ligamens et tendons unissent le calcanéum aux os de la jambe : le ligament deltoïdien ou latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne; le postérieur et le latéral externe de la même articulation, le tendon d'Achille postérieurement, et plusieurs autres tendons qui passent par derrière les malléoles, etc. : tels sont les moyens dont la nature s'est servie pour assurer la stabilité du cal-

canéum dans la place qu'il occupe. La plus remarquable cependant de toutes ces articulations est celle du calcanéum avec l'astragale : c'est la seule articulation, je crois, où l'on voit un os plat en porter articulairement un autre sur son dos : celle de la rotule pourrait lui ressembler jusqu'à un certain point, si l'on voulait considérer à part les condyles du fémur qui la soutiennent, l'homme étant couché sur le dos.

Si l'on considère maintenant la tubérosité antérieure du calcanéum et la tête de l'astragale qui s'avancent parallèlement ensemble pour s'articuler de front, la première avec le cuboïde et la seconde avec le scaphoïde, l'on verra qu'entre la face antérieure de ces deux apophyses et les deux os sus-indiqués, il existe une ligne transversale qui marque sur le coude-pied l'articulation de ces quatre os entre eux ; ou, pour m'expliquer plus clairement, il existe entre les cinq os antérieurs du tarse, et les deux postérieurs, une double articulation placée sur la même ligne transversale qui joint le cuboïde et le scaphoïde au calcanéum et à l'astragale. Ceci étant compris, passons à l'application de ces considérations.

D'après les réflexions anatomiques qui précèdent, il est facile de comprendre comment le calcanéum peut se trouver luxé de deux manières différentes.

I.ère *espèce.* La première espèce de *luxation du calcanéum* consiste dans la déviation permanente de la tubérosité antérieure de cet os, des surfaces correspondantes du cuboïde et du scaphoïde, sans que l'astragale ait cessé d'être en rapport normal avec le calcanéum. Pour que cette luxation arrive, il faut nécessairement que la tête de l'astragale ait quitté la cavité du scaphoïde. On ne peut cependant pas donner le nom de luxation de l'astragale à cette espèce de déplacement ; car, dans le cas que nous supposons, cet os conserve encore ses relations articulaires avec le calcanéum et avec la mortaise inter-malléolaire de la jambe. Il

peut se faire néanmoins que ces deux déplacemens osseux co-existent à la fois: on aurait alors, non plus une luxation simple du calcanéum, mais bien une luxation *composée*, savoir, du calcanéum sur le cuboïde et sur l'astragale, et do l'astragale sur le calcanéum, sur le scaphoïde et sur les os de la jambe. Nous parlerons plus bas de cette espèce de luxation composée; contentons nous de faire bien entendre pour le moment le sens que nous attachons à la définition que nous venons de poser sur la première espèce de luxation du calcanéum. Tout le mondo m'aura compris, je pense, si je répète en d'autres termes, quo cette luxation consiste dans uno *quasi-désarticulation à la Chopart.* Cette proposition fondamentale, une fois admise comme vraie (puiqu'elle est basée sur des faits), on doit admettre aussi les conséquences qui en découlent. Ainsi donc, il n'y aura rien d'exagéré, je crois, en admettant avec Bell quatre variétés de cette première espèce de luxation du calcanéum; savoir: une *en dehors*, une *en dedans*, une troisième *du côté plantaire*, une dernière *du côté dorsal* du pied (1). Mais ceci mérite quelque considération. Si l'on réfléchit bien à l'espèce de luxation dont il est question, on conviendra que quelle que soit la variété de luxation dont on a à faire ici, c'est toujours la partie anterieure du pied qui se déplace sur la postérieure; ou plutôt, ce sont le cuboïde et le scaphoïde qui roulent, se dévient ou chevauchent sur le calcanéum et l'astragale. Dans cette luxation, ces deux derniers os restent donc immobiles et dans leurs rapports normaux avec la jambe. Aussi serait-il plus exact de désigner l'espèce de déplacement en question du nom de *luxation de l'avant-pied sur les deux premiers os du tarse.* En outre, en admettant comme rationelles les quatre variétés de la luxation dont il s'agit, il me paraît presqu'impossible (à moins d'un désordre énorme), d'admettre avec Bell le chevauchement

(3) Bell, *System of Surgery*, t. VII, p. 198.

réel de la partie antérieure du pied sur la postérieure, car la résistance du sol s'oppose à ce que ce chevauchement se fasse du côté plantaire; il se fera encore moins facilement du côté dorsal, car pour que le scaphoïde et le cuboïde dépassent complètement le niveau des apophyses antérieures du calcanéum et de l'astragale, il faudrait supposer un délabrement tel des parties, que le mot *luxation* ne leur serait plus applicable. Nous ne connaissons pas, en effet, d'observation de ce genre, et nous pensons que la luxation de ces parties avec chevauchement réel, admise par Bell, n'a jamais été observée à l'état de simplicité (1). Il n'en est pas de même de la luxation *incomplète* de ces os. Plusieurs faits bien constatés prouvent la déviation partielle de la portion antérieure du pied sur le calcanéum et l'astragale. Cette déviation peut se faire dans chacun des quatre sens que nous avons indiqués. Avant d'entrer cependant dans les détails étiologiques et symptomatologiques de cette première espèce de luxation, disons en peu de mots ce que nous entendons pour seconde espèce de luxation du calcanéum.

IIme *espèce de luxation du calcanéum.* Lorsque le calcanéum, tout en perdant ses rapports normaux avec le cuboïde et le scaphoïde, cesse d'être en harmonie articulaire avec la face inférieure de l'astragale, c'est là une véritable luxation du calcanéum. Il y a dans cette espèce de luxation un double déplacement articulaire à la fois, savoir : déviation de la tubérosité calcanéenne antérieure du cuboïde et du scaphoïde, et perte de rapports articulaires entre la face calcanéenne supérieure et la face astragalienne inférieure. Remarquons en attendant que l'astragale peut en même temps aussi se trouver délogé de la mortaise intermalléolaire, ce qui constitue la *luxation com-*

(1) *In luxations of the astragalus and os calcis with the os naviculare and os cuboides, the anterior part of the foot is apt to be drawn towards the heel, etc.* (Bell, *System.*, etc. Vol. VII, p. 199.)

posée du calcanéum, dont nous avons parlé plus haut. Il est facile de prévoir maintenant que l'espèce de luxation en question doit se présenter sous différentes formes, même dans son état de simplicité. En se luxant, en effet, la tubérosité antérieure du calcanéum peut être déviée sur les côtés internes ou externes du pied; de là résultent deux variétés de luxation du calcanéum, l'une *en dedans* et l'autre *en dehors*. Cet os ne peut pas se luxer en haut, parce que l'astragale l'en empêche; il ne peut pas non plus se luxer en arrière, parce que d'une part il n'y a pas de force qui puisse déloger le calcanéum dans ce sens, et de l'autre le tendon d'achille s'oppose directement à ce mode de déplacement. Etudions maintenant successivement la pathologie des deux espèces de luxations du calcanéum que nous venons d'énoncer.

J. L. Petit, avons-nous dit, fut le premier qui fit connaître la première espèce de luxation du calcanéum. Voici à quoi se réduit tout ce que ce célèbre chirurgien a écrit à l'égard de cette luxation: « Il y a une luxation, dit J. L. Petit, que l'on a quelquefois prise pour une luxation de tout le pied et qui n'est que la luxation de l'astragale et du calcanéum d'avec le scaphoïde et le cuboïde. Je ne l'ai vue que deux fois et toutes deux avaient été causées par l'engagement du pied dans quelque entrave sous la barre de fer qui fait le pont des ruisseaux de portes cochères ou autres semblables. On conçoit bien que si le pied est ainsi retenu et que le corps soit emporté soit d'un côté ou de l'autre, il y aura luxation, non de l'articulation de l'astragale avec la jambe, mais de l'astragale et du calcanéum avec le cuboïde et le scaphoïde. Cette maladie se connaît par la seule difformité, elle indique le côté où les os se sont luxés. — La réduction est difficile, parce que les mains y ont peu de prise » (1).

---

(1) J. L. Petit, *Maladies des os*, t. I.er, page 321.

Il est vrai de dire avec J. L. Petit que les luxations dont il est question peuvent être quelquefois confondues avec les luxations du pied entier; mais avec un peu d'attention, ce me semble, il est bien facile de distinguer les unes des autres. Ce qui pourrait faire croire à une luxation du pied dans ces cas, c'est le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne avec celle des os cuboïde et scaphoïde qui se déplacent. Si l'on réfléchit cependant, 1° que dans la luxation de l'avant-pied le calcanéum et l'astragale conservent toujours leurs rapports naturels avec la jambe; 2° que les malléoles n'offrent aucune difformité dans cette luxation; tandis que le contraire a lieu dans toute espèce de luxation du pied entier, il sera bien facile, je pense, d'établir d'une manière certaine le diagnostic de l'une et de l'autre de ces luxations.

Quelle que soit donc la variété de la première espèce de luxation du calcanéum, soit en dedans, soit en dehors, soit du côté plantaire ou bien du côté dorsal du pied, il sera toujours facile, en regardant les rapports des malléoles avec le calcanéum et l'astragale, de discerner le délogement de l'avant-pied de celui du pied entier. La simple inspection de l'avant-pied luxé suffit aussi pour déterminer le sens dans lequel la luxation s'est faite. En général, les luxations *latérales* de l'avant-pied sont plus fréquentes que celles du côté plantaire ou dorsal. Ceci est aisé à concevoir, par la raison que, lorsque l'avant-pied se trouve arrêté solidement et que le corps est renversé en arrière ou latéralement, les os de la partie antérieure du tarse, en se déplaçant, roulent plus facilement sur un des côtés latéraux du pied que dans le sens de sa plante ou de son dos. Nous n'avons qu'un mot à ajouter maintenant pour compléter ce que nous avions à dire sur la symptomatogie et le diagnostic de la première espèce de luxation du calcanéum. Cette luxation se présente avec toutes les apparences du *pied-bot* interne ou externe,

suivant qu'elle s'est opérée en dehors ou bien en dedans. Le reste est facile à comprendre sur ce point (1).

Je dois déclarer en attendant, que, dans tous les essais que j'ai faits pour produire sur les cadavres la luxation dont nous traitons, cela m'a été absolument impossible, à moins d'avoir coupé préalablement les ligamens qui unissent ces os entre eux, ce qui ressemblait plutôt à une désarticulation à la Chopart qu'à une véritable luxation.

Les causes des luxations de *l'avant-pied* sont de deux espèces. Les unes agissent par le poids du corps, en tombant en arrière, la partie antérieure du pied étant solidement arrêtée, comme dans les cas mentionnés par J. L. Petit. Les autres consistent dans des corps très-lourds, tombant directement sur le dos du pied, dans un moment où toute la plante de ce membre ne pose pas sur le sol. Une observation, que nous rapporterons plus bas, démontrera la vérité de cette assertion. La première cause que nous venons de mentionner, doit cependant être plus fréquente que la seconde. Ajoutons néanmoins que ces deux causes peuvent exister ensemble quelquefois dans une même luxation d'avant-pied: ainsi par exemple, je suppose qu'un corps très-lourd tombe sur le pied d'un individu au moment où la plante de ce membre ne pose pas entièrement sur le sol; je suppose aussi que ce corps très-lourd enfonce la par-

(1) Il est bon de savoir que, bien que les luxations latérales de l'avant-pied se présentent avec toutes les apparences du pied-bot interne ou externe, néanmoins il existe cette différence réelle entre ces deux espèces de déplacemens. Dans le pied-bot congénital, outre la saillie dorsale de la tête de l'astragale (saillie qui est occasionnée par le demi-déchatonnement ou rotation du scaphoïde et du cuboïde), le calcanéum se trouve *roulé* sur son petit axe et à moitié luxé de l'astragale; tandis que, dans la luxation dont nous parlons, le calcanéum n'est aucunement déplacé de sa situation naturelle. *Voyez* les belles considérations de l'immortel Scarpa sur ce sujet (Scarpa. *Su i piedi torti*, pages 8 et 9.)

tio antérieure du tarse dans le vide qui existait sous la plante; il est évident que, si l'individu tombe en arrière ou latéralement, par suite de ce coup, et que la partie antérieure du pied soit fixe, la chute du corps peut entraîner la rotation de l'avant-pied, et rendre *latérale interne ou externe*, une luxation qui était *inférieure ou plantaire*, etc. La supposition que je viens de faire peut se vérifier dans maintes circonstances; comme lorsqu'on tombe de cheval, le corps de l'animal s'abattant sur le pied du cavalier, etc.

Nous devons enfin faire observer que, indépendamment des causes violentes, la luxation incomplète de l'avant-pied peut être le résultat de la direction vicieuse qu'on est obligé de donner au pied en marchant, lorsque sa plante est atteinte de certaines maladies chroniques. On produit ainsi, par degrés insensibles, une espèce de rotation de l'avant-pied qui ressemble beaucoup à la luxation dont nous parlons. Bruckner (1) nous a conservé l'histoire d'un homme de 64 ans, qui (par suite d'ulcères varioleux à la plante du pied droit), ayant été obligé de marcher pendant très long-temps sur le bord externe du pied, finit par avoir un véritable *pied-bot accidentel*. Une petite fille dont parle le même auteur s'est trouvée dans le même cas par l'effet d'un ulcère chronique sur le bord interne du pied, qui l'obligeait à s'appuyer sur le côté opposé pendant la marche. Scarpa cite, d'après Venel, une observation pareille à la précédente. (*Mémoire cité*, page 33). Tout ceci est facile à comprendre, si l'on se rappelle le mécanisme des mouvemens latéraux du pied que nous avons expliqués dans le commencement de ce mémoire.

Quant au pronostic de la première espèce de luxation du calcanéum, il est *grave* en général, comme celui de toutes les luxations des os du tarse. Au dixième jour de l'accident, Monteggia vit mourir, dans les convulsions, un

(1) Bruckner. *Ueber einwærts gedrehte füsse*, etc.

individu qui avait eu les deux derniers os cunéiformes luxés sur le dos du pied, par suite d'une chute sur les pieds, sans plaie aux tégumens de cette partie (1). Si la réduction n'est pas faite pendant les premiers jours de l'accident, il est probable que le malade restera estropié. Du reste la gravité du pronostic dans cette luxation doit varier selon les différentes circonstances qui l'accompagnent.

La réduction de la luxation de l'avant-pied est difficile; il est vrai, mais pas aussi difficile qu'on le prétend dans les livres. Pour y réussir, trois conditions sont essentiellement nécessaires : 1° Mettre tous les muscles du pied et de la jambe dans le relâchement le plus complet : 2° maintenir fixes le talon, l'astragale et la partie inférieure de la jambe; 3° enfin exercer une traction soutenue pendant assez long-temps sur la partie antérieure du pied, par les mains d'un aide vigoureux, dont les quatre derniers doigts de chaque main seront appliqués sous la plante, et le pouce sur le dos du pied. Le chirurgien imprimera à l'avant-pied une rotation contraire à celle où il se trouve actuellement, s'il s'agit d'une luxation avec rotation latérale. Que si la luxation n'était que simplement du côté plantaire ou dorsal, dans ce cas il faudrait joindre à l'extension directe une coaptation convenablement exercée avec les doigts qui presseraient fortement les os déplacés pour les obliger à rentrer à leur place. Dans le cas où la réduction serait très-difficile, je crois qu'il serait utile d'agir à la fois sur les deux moitiés du pied, en les tirant en sens inverse, ainsi que Monteggia le conseille. Enfin, si la remise de l'avant-pied à sa place était absolument impossible, il faudrait avoir de bonne heure recours aux machines dont on se sert pour traiter les différens *pieds-bots*. Ces machines, quoiqu'agissant lentement, pourraient avoir un bon résultat dans les cas dont nous parlons. Pour être cependant applicables avec espoir de succès,

(1) Monteggia, *Istit. chir.*, t. V, pag. 174.

il faut qu'il n'y ait que simple luxation incomplète avec rotation; car dans le cas de chevauchement réel, ces machines resteraient sans effet (1). J'appuie sur l'observation suivante une bonne partie des propositions qui précèdent.

II.[e] *fait*, (*M. A Cooper*). — Un homme reçut en travaillant une très-grosse pierre sur le pied; il fut immédiatement transporté à l'hôpital de Guy, présentant les phénomènes suivans : le calcanéum et l'astragale étaient restés dans leurs rapports naturels entre eux et avec la jambe; mais la partie antérieure du pied était tournée en dedans par une rotation de ces os. Lorsque les élèves virent le malade, ils trouvèrent les apparences tellement semblables à celles d'un *pied-bot congénital* qu'ils ne voulaient pas croire que ce n'était pas un vice de naissance; mais le témoignage formel du malade, qui assurait avoir son pied normalement conformé avant l'accident, ne laissa plus de doute sur la nature du mal. Une contrextension fut exercée sur le talon et sur la jambe, en fixant ces parties. La partie antérieure du pied fut alors tirée en avant et roulée en dehors, et la réduction fut faite. Cinq semaines après l'accident, le malade

---

(1) Parmi les machines connues de ce genre, nous donnons la préférence à celle de notre grand maître de Pavie. (*Voyez* Scarpa, *Mém. cité*, fig. 2, 3 et 4 de la planche II). — Nous saisissons cette occasion pour dire qu'on peut, à l'aide de la même machine, guérir, 1.° toutes les déviations accidentelles de l'avant-pied produites par l'action lente d'une marche vicieuse, ainsi que nous venons d'en citer des exemples; 2.° les déplacemens chroniques de l'avant-pied, dépendant de la faiblesse des ligamens et des muscles d'un des côtés du pied et de la jambe; 3.° les luxations récidivées du pied ou de l'avant-pied, d'après leur réduction, ainsi qu'on le voit sur quelques malades qui marchent trop tôt après le replacement de leur luxation (*); 4.° enfin la rotation du pied en dedans, par suite de certaines fractures du péroné mal contenues. Toutes ces propositions sont basées sur des faits très-authentiques (**).

(*) *At non tolerant contemnentes morbus. Verum, priusquam sani fiant obambulant. Et propterea plurimi non perfecte sanantur.* Hipp.

(**) Jackson. *Observations on the inefficacions use of irons in cases of luxations and distorsions of the ancle-joint.*

sortit de l'hôpital jouissant parfaitement de toutes les fonctions de son membre (1).

Revenons maintenant à la *seconde espèce* de luxation du calcanéum. Nous nous sommes déjà expliqués sur la manière dont nous envisageons cette luxation. Il nous reste à exposer maintenant sa symptomatologie et son traitement.

Soit que la tubérosité antérieure du calcanéum ait été déplacée *en dedans*, soit qu'elle l'ait été *en dehors*, deux ordres de symptômes annoncent la luxation, savoir : la proéminence de la tubérosité antérieure du calcanéum au côté interne ou externe du pied, et la *disparition partielle* de la tubérosité postérieure de ce même os avec déviation du tendon d'Achille. Il est aisé de comprendre que, lorsque le calcanéum se trouve déplacé en dedans, la cause luxante a dû agir sur le côté interne de sa tubérosité postérieure et repousser celle-ci sur le côté externe. On aperçoit alors le tendon d'Achille entraîné dans le même sens ; la tubérosité postérieure du calcanéum se trouve plus ou moins au niveau de la malléole externe et un peu relevée en haut, tandis que la tubérosité antérieure fait saillie au côté interne du pied et au devant de la malléole interne. Les apparences contraires ont lieu dans le délogement en dehors de la partie articulaire du calcanéum. Il est à peine nécessaire d'ajouter que les deux variétés de luxation que nous venons de décrire peuvent exister à l'état de simplicité ou à celui de complication. Suivant Monteggia, Latta n'admet que la seule luxation *en dehors* de la tubérosité antérieure du calcanéum : mais il me semble, au contraire, que la luxation *en dedans* doit être plus facile que la précédente; nous en rapporterons d'ailleurs un bel exemple ci-après (2). Quant au pronostic de

(1) A. Cooper, *On disl.*, etc., p. 348.

(2) Au moment où j'étais à corriger les épreuves de ce mémoire, un cas fort remarquable de luxation du calcanéum (2.ᵉ espèce), s'est présenté à mon observation ; le voici. Un homme, âgé de 36 ans,

la seconde espèce de luxation du calcanéum, il n'est pas très-grave en général, à moins qu'il n'y ait complication avec ouverture de l'articulation. Ce n'est pas là cependant l'opinion de Duverney à cet égard. « La situation du calcanéum est telle, dit Duverney, et ses attaches sont si fortes, qu'il faut convenir qu'il est rare et même presqu'impossible qu'il se déplace, à moins que ce ne soit par un cas extraordinaire; et même si le dérangement de cet os arrive, l'on ne doit pas le mettre au nombre des luxations, puisqu'il est vrai de dire que les attaches qu'il a avec les os voisins rendent ses mouvemens très-obscurs. Il serait difficile d'entreprendre une semblable réduction. Le seul moyen pour éviter

ouvrier, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, pour être traité d'une luxation en dehors de la tubérosité antérieure du calcanéum au pied gauche. C'est en tombant sur les pieds, d'une très-grande hauteur, dans une carrière, que cela lui est arrivé. On voit manifestement la tubérosité antérieure du calcanéum sortie en avant, et faire saillie au-dessous et au-devant de la malléole externe. L'espace malléolo-plantaire de ce côté externe est beaucoup plus court que celui de l'autre pied, ce qui indique que la tubérosité antérieure est en même temps relevée en haut et en dehors. En effet, le talon de ce pied est presque disparu; il est dévié en dedans et en bas. L'espace tarsien-dorsal supérieur qui répond au coude-pied est beaucoup plus large que celui de l'autre pied. Le pied entier semble déformé et agrandi à cause de cette déviation. Cet état du pied chez ce malade existant depuis onze mois sans qu'aucun remède convenable lui ait été appliqué (faute d'un diagnostic exact), son mal est devenu presqu'incurable maintenant. Les parties sont à demi-ankylosées, et l'homme ne marche qu'avec difficulté, douleur, et en boîtant sur ce pied. L'articulation tibio-tarsienne cependant est mobile et présente une espèce de *craquement* remarquable dans le mouvement qu'on cherche à imprimer au pied entier. Je suis porté à croire, d'après la forme aplatie et élargie qu'a prise le coude-pied chez cet homme, qu'outre le déplacement du calcanéum dont je viens de parler, il s'était probablement aussi opéré un écrasement de l'astragale dans le moment même de l'accident. Je pense que, malgré le laps de temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la chute, cet homme serait encore en état d'être traité avec quelque avantage par l'usage *long-temps continué* d'une machine à pied-bot qui lui permettrait de marcher et de vaquer à ses affaires.

les accidens c'est *d'extirper la jambe* (1). Le fait suivant dément une partie des assertions de Duverney.

XII.ᵉ *fait.* (*M. A. Cooper*). — Un individu ayant été enterré sous un tas de pierres qui tombèrent sur son corps, éprouva un désordre tel à un pied qu'il fallut lui couper la jambe. L'autre pied présentait une luxation du calcanéum *en dedans*. Voici quels étaient les phénomènes qui accompagnaient la luxation: La protubérance postérieure du calcanéum avait presqu'entièrement disparu de sa place naturelle; elle se trouvait déjettée en dehors et faisait saillie au dessous de la malléole externe. Immédiatement au-dessous de cette tumeur on remarquait une dépression assez prononcée. A la partie interne du pied et au dessous de la malléole interne, on voyait une saillie formée par la tubérosité antérieure du calcanéum. Le calcanéum avait par conséquent quitté la face inférieure de l'astragale et s'était mis de travers d'une malléole à l'autre. L'astragale avait aussi de son côté quitté la cavité scaphoïdienne; la réduction de cette luxation ne fut pas difficile. On la pratiqua de la manière suivante: La jambe fut pliée sur la cuisse, et celle ci sur le bassin à angle droit; ensuite en prenant d'une main le métatarse, de l'autre le talon déplacé, on tira doucement dans la direction de la jambe. En attendant, le chirurgien, M. Cline, appliqua son genou contre l'os déplacé, et toutes les parties rentrèrent à leur place naturelle; le pied revint à son état normal (2). Il est bon de remarquer que dans le cas que nous venons de rapporter, la poulie de l'astragale n'avait point perdu ses rapports articulaires avec la mortaise intermalléolaire de la jambe. Le docteur Green rapporte un fait pareil au précédent, où la réduction fut également facile. Il serait inutile d'accumuler ici d'autres faits de ce genre; en grossissant

(1) Duverney, ouvrage cité, page 274.
(2) A. Cooper, ouvrage cité, page 339.

le volume de ce Mémoire, ils n'ajouteraient rien aux propositions que nous venons d'émettre (1).

(1) Quoique les faits nouveaux que je viens de rapporter dans les deux paragraphes qui précèdent aient toute l'exactitude possible, je dois signaler ici une erreur qui s'est glissée à la page 516 du cahier précédent. J'ai dit que le malade opéré par M. Velpeau, d'ablation de l'astragale, était mort *peu d'heures après l'opération*. — M. Velpeau a eu la bonté de me faire remarquer, 1.° que ce n'est que trois jours après que la mort était survenue; 2.° que le symptôme d'emphysème dont j'ai parlé, existait déjà sur ce malade au moment même de l'opération. — Ces deux circonstances rendent, sans doute, plus exacte, la narration du fait en question; mais elles ne changent rien à l'application que j'ai voulu faire de l'observation de ce savant chirurgien.

Je dois ajouter aussi que j'ai été étonné de voir que l'observation de luxation de l'astragale, dernièrement arrivée à l'Hôtel-Dieu, dont j'ai parlé à la page 508 du même cahier (3.e fait), ait été rapportée différemment dans le *Journal hebdomadaire de Médecine*. Il est dit, (et ceci a été copié aussi par la *Revue médicale* du mois de décembre dernier, page 425), que *la réduction de cette luxation réussit à merveille*. Or, moi qui ai suivi ce malade dès son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie, je déclare formellement que ceci est *entièrement faux!!* Si l'auteur de cette relation eût été, comme moi et beaucoup d'autres, présent aux tentatives de réduction faites par M. Dupuytren sur ce malade, *il aurait vu* que, *loin de réussir à merveille*, la réduction de cet astragale a été *absolument impossible*, et que l'homme est sorti de l'hôpital ayant *le pied ankylosé sur la jambe, et l'astragale toujours luxé sur le dos du pied*, ainsi que je l'ai déjà dit. Ceci est si vrai, qu'il s'est formé consécutivement une escarre sur l'astragale déboîté, et que M. Dupuytren a été dans le doute s'il fallait en venir à l'ablation de cet os. J'ai cru devoir entrer dans ces détails, afin qu'en lisant ce même fait, rapporté de deux manières tout-à-fait différentes, l'on sache de quel côté la vérité se trouve.

Le fait en question m'en rappelle un autre analogue. Un enfant est présenté à Desault ayant une luxation de la tête (*luxation axoïdo-atloïdienne*). Desault en essaie la réduction. Boyer, qui était présent, vous dit: *l'enfant expira sous les tentatives de réduction!!!* Léveillé, qui n'en parle que par tradition, vous assure que *la mère de cet enfant reçut la récompense de sa courageuse résignation, et retourna chez elle avec son enfant bien portant!* Qui croire de ces deux chirurgiens?

§ III. *Du pied-plat, et de son traitement.*

On entend par *pied-plat* une disposition vicieuse particulière du pied, qui donne à ce membre une figure très-aplatie, (*presque comme une patte d'ours*), et qui oblige les personnes qui ont le pied ainsi conformé, de ne marcher qu'avec beaucoup de *peine* et en s'appuyant principalement sur le talon et sur le côté externe du pied. J'ai vu plus de vingt fois des personnes, ayant le *pied-plat*, réclamer les conseils de M. Dupuytren pour les douleurs vives que cette disposition leur causait à l'arcade plantaire, pendant la marche. N'ayant trouvé dans aucun ouvrage de chirurgie où j'ai cherché, la description de cette disposition anormale du pied, je crois devoir la décrire ici avec quelques détails.

Des recherches auxquelles je me suis livré pour connaître avec exactitude en quoi consiste la conformation vicieuse du pied-plat, il résulte d'abord, qu'il y a deux variétés de *pied-plat*; l'une est *congénitale*, l'autre *accidentelle*. Le pied-plat *congénital* se rencontre plus fréquemment que l'*accidentel*. Le premier n'est, comme on verra ci-après, qu'une espèce de *pied-bot manqué*, ou plutôt un premier et léger degré de pied-bot *externe* ou *interne*. Le second dépend uniquement d'un certain relâchement des ligamens des os tarsiens.

Ayant eu dernièrement l'occasion de disséquer sur le cadavre un pied-plat congénital, j'ai pu vérifier une bonne partie des idées que je m'étais déjà formées d'avance concernant la disposition vicieuse de ces sortes de pieds. Voici ce que j'ai trouvé : le métatarse et les orteils étaient normalement disposés, si l'on excepte une petite déviation en dehors de ces derniers, par l'effet d'un gros oignon qui existait sur le côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Il n'en était pas de même des os du tarse et surtout du calcanéum. Ce dernier os était beau-

coup plus petit qu'il ne doit être dans l'état naturel. La tubérosité postérieure du calcanéum manquait en grande partie : cette partie était très-courte et très-mince, elle était placée presque de travers, comme dans la demi-luxation en dedans du calcanéum; le tendon d'achille lui-même était aussi déjeté en dehors. En un mot, la portion postérieure du pied, qu'on appelle *talon*, était beaucoup plus courte et plus basse qu'elle n'est dans l'état normal; elle était, en outre, déviée en dehors vers la malléole externe. La partie centrale du calcanéum, qu'on nomme son *corps*, et sa partie articulaire supérieure, étaient sensiblement plus minces et plus courtes qu'à l'ordinaire; de sorte que la face inférieure de l'astragale ne s'articulait pas aussi bien sur le calcanéum que dans les pieds bien conformés ; c'est-à-dire, que les facettes articulaires du calcanéum étaient moins prononcées que d'habitude. La tubérosité antérieure du calcanéum participait aussi de cet état *abortif* ou *d'atrophie* du reste du même os. Cette partie était en outre, déviée en dedans du pied d'une manière remarquable : elle formait une saillie de dix lignes en dehors du bord interne du scaphoïde. La malléole interne était plus basse qu'elle n'est ordinairement chez les personnes bien conformées. Mais ce n'est pas tout : le scaphoïde et le cuboïde eux-mêmes présentaient une légère rotation en dedans sur leur petit axe, ainsi que cela s'observe (mais à un degré plus avancé), sur certains pieds-bots. Je ferai remarquer enfin, que les cinq os antérieurs du tarse étaient moins épais et moins longs que dans l'état normal; leurs ligamens étaient très-lâches, de manière qu'au lieu de former *par leur arrangement serré* cette espèce de saillie égale et demi-courbée qu'on observe sur le dos du pied bien conformé, ces os étaient affaissés et mobiles entre eux. De là dépend la physionomie *aplatie*, et, dirais-je, presque *imbécile*, que présente le pied-plat.

Quant au *pied-plat accidentel*, je n'ai pas encore eu l'occasion de m'assurer positivement par la dissection de l'es-

pèce d'altération qui existe dans la disposition des parties qui concourent à la formation du tarse ; mais d'après l'examen attentif que j'ai fait de ces sortes de pieds sur les vivans, et surtout d'après quelques expériences que j'ai faites sur des cadavres à ce sujet, je pense que la nature du désordre consiste principalement dans un relâchement plus ou moins avancé des ligamens des os du tarse; d'où résultent *l'applatissement* du pied et les douleurs à la face plantaire de ce membre que les personnes affligées de cette infirmité éprouvent en marchant. Il suffit, en effet, de couper en plusieurs endroits, sur le pied d'un cadavre, le grand ligament tarsien plantaire (calcanéo-cuboïdien), pour donner au membre la même figure aplatie qu'il offre sur les individus qui ont le pied-plat. J'ajouterai néanmoins, pour rendre cette description complète, que le calcanéum est ici également dévié en dedans comme dans le cas précédent, sans avoir toutefois rien perdu de ses dimensions ordinaires.

Voici quels sont les phénomènes que le pied-plat présente durant la vie. Les personnes à pied-plat ont à peine marché pendant dix minutes, qu'elles éprouvent des douleurs assez vives sous l'arcade plantaire pour être obligées de s'arrêter, ou de ne marcher que sur les talons et sur le côté externe ou interne du pied, afin de rendre moins pénible la sensation qu'elles éprouvent à chaque pas. De là résulte, que ces personnes ont l'air de boîter en marchant et de compter, pour ainsi dire, leurs pas dans la marche. Les pieds ainsi conformés ne sont pas aptes à de longues courses. Les douleurs plantaires sont si vives après les travaux de la journée, que les individus qui les éprouvent sont obligés de faire reposer leurs pieds sur une chaise pour se soulager. Florenze, oculiste à Paris, qui avait les pieds conformés de la sorte, se trouvait souvent dans les circonstances que nous venons de décrire. J'ai vu des hommes dont les pieds-plats étaient tellement douloureux par suite d'une courte marche qu'ils ne pouvaient pas du tout se livrer au

travail : j'en ai vu aussi dont les douleurs avaient motivé leur entrée à l'hôpital. Si l'on examine attentivement, si l'on tâte la plante des pieds-plats douloureux, on n'y trouve ni rougeur, ni gonflement à la peau; cependant la plus légère pression qu'on exerce sur les différentes parties des os du tarse est très-douloureuse. Ces douleurs tiennent évidemment aux tiraillemens considérables qu'éprouvent les différens ligamens des os du tarse dans la marche; tiraillemens qui doivent être d'autant plus forts que les os du tarse sont moins serrés entre eux, ou (ce qui revient au même), que l'aplatissement du pied est plus prononcé.

En général, je n'ai observé le pied-plat que sur des personnes adultes, de constitution lymphatique et habituellement exposées à l'humidité et à des travaux pénibles; comme sur des femmes de la halle, des maçons, des jeunes gens d'autres professions, etc. : tels sont les sujets sur lesquels a porté notre observation à l'égard du pied-plat.

Un simple coup-d'œil sur la figure du pied, sur la manière dont ces personnes marchent (*presqu'en talonnant*); et la douleur plantaire qu'elles accusent, suffisent pour établir le diagnostic du pied-plat d'une manière certaine.

Le traitement doit varier, suivant qu'il s'agit d'un pied-plat *congénital*, ou bien d'un pied-plat *accidentel*. Dans le premier cas, M. Dupuytren a pour pratique d'ordonner un talon très-élevé à la chaussure du malade. Ce praticien se propose, à l'aide de ce moyen, de faire porter le centre de gravité du corps à la partie antérieure du pied et de soulager par là la région tarsienne qui est le siège des douleurs. C'est ce qui arrive en effet : nous avons vu le talon artificiel réussir un grand nombre de fois à l'Hôtel-Dieu de Paris. Mais je dois avouer aussi que plusieurs personnes à pied-plat n'ont retiré aucun avantage du talon artificiel. Ceci dépend sans doute de l'espèce de pied-plat auquel on a à faire : si cette disposition est congénitale, le talon réussit à coup sûr, et les malades ne souffrent plus, tant qu'ils font usage de

ce moyen ; mais si le pied-plat est accidentel, le talon artificiel ne produit aucun soulagement. C'est qu'en effet, dans le premier cas, le calcanéum étant peu développé, on a besoin de suppléer au défaut de talon naturel par une espèce de talon artificiel. Mais comme, dans le second cas, ce n'est pas la hauteur du talon qui manque au pied, mais bien la résistance des ligamens tarsiens, le talon artificiel ne produit aucun effet avantageux. J'oserais même ajouter à cet égard que l'usage long-temps continué d'un talon très-élevé à la chaussure pour un pied plat *accidentel* finit par être très-nuisible aux fonctions de la jambe. Les muscles de cette partie s'atrophient, se retractent en haut ; le mollet de la jambe disparaît, et le tendon d'Achille prend l'aspect d'une véritable corde tendue à ses extrémités, ainsi que Wentzel l'a rencontré sur le cadavre d'une femme qui avait pendant longues années fait usage de souliers à talon très-élevé (1).

D'après la connaissance que j'ai acquise sur la nature des deux espèces du pied-plat, j'ai été naturellement porté à imaginer un nouveau moyen pour guérir le pied-plat accidentel. Ce moyen consiste à bander fortement le pied avec un fort ruban de fil, d'un pouce de largeur, depuis le coude-pied jusqu'à la partie moyenne du métatarse. Ce bandage sera posé circulairement en doloire, de manière cependant à agir sur les deux tubérosités du calcanéum à la fois, et à faire rentrer cet os à sa place naturelle. On le renouvellera deux fois par jour; et le malade aura l'attention de tremper à chaque fois sa petite bande dans de l'eau de vie camphrée avant de l'appliquer. Ce moyen, qui m'a parfaitement réussi dans le seul cas de ce genre que j'ai eu à traiter jusqu'à ce jour, rapproche et maintient fortement serrés entre eux les os du tarse, rédonne au pied entier sa figure normale, fait disparaître comme par enchantement les dou-

(1) Wentzel, *De talipedibus variis*. Tubinge, 1798.

leurs, et contribue à fortifier les ligamens tarsiens ; de sorte qu'avec le temps les malades se trouvent radicalement guéris de leur pied-plat. Il faut cependant en faire usage jour et nuit si l'on veut en tirer tous les avantages que ce moyen peut fournir.

XIIIe *Fait.* — Dans le courant du mois de novembre dernier, Chérillon, âgé de 22 ans, constitution lymphatique, exerçant la profession de potier d'étain, fut reçu à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Saint-Martin n.° 70, pour un pied-plat accidentel, très-douloureux, du côté droit. Il me fit le récit suivant sur son mal. Jusqu'à l'âge de 17 ans, il n'avait jamais souffert aux pieds ni ailleurs. A cette époque, il eut un engorgement chronique à l'articulation du genou, dont il fut guéri à l'aide de plusieurs moxas. Depuis lors, Chérillon commença à éprouver des douleurs sous la plante du pied en marchant ; ces douleurs allèrent en augmentant, au point de ne le laisser marcher qu'avec beaucoup de difficulté et de peine. Le pied présentait toutes les apparences du pied-plat que j'ai decrit plus haut. La peau de ce membre ne présentait aucune altération. Après quelques jours de repos à l'hôpital, cet homme eut sa sortie avec la prescription de faire mettre un talon très élevé à la chaussure du côté malade.

XIVe *Fait.* — Une domestique, âgée de 21 ans, blonde et lymphatique, à Paris depuis deux mois. *Pied-plat accidentel*, du côté gauche, depuis sept ans ; autre pied-plat moins prononcé, au côté droit. Douleurs vives et grande difficulté pour marcher. — Application du bandage ci-dessus indiqué. Disparition complète des douleurs dès le moment même de l'application du remède. Aujourd'hui, deux mois passés depuis l'usage de la bande, la malade peut se livrer à toute espèce de course sans souffrir aux pieds. S'il lui arrive cependant de négliger un jour l'usage de la bande, les douleurs et les difficultés en marchant reparaissent, quoique à un moindre degré qu'auparavant. Tout me fait

penser que cette personne se trouvera complètement guérie avec le temps (1).

§ IV. *De la Nécrose du calcanéum et de son traitement.*

Parmi les os courts des membres, le calcanéum est, je crois, le seul qui soit susceptible d'être attaqué de nécrose *spontanée et primitive*. Je dis *primitive*, car on voit assez souvent les phalanges, les os carpo-métacarpiens, et les tarso-métatarsiens être atteints aussi de mortification, mais *secondairement* ou plutôt consécutivement à une

---

(1) Je ne dois pas clore ce que j'avais à dire sur le pied plat, sans faire remarquer que la même infirmité a été aussi rencontrée sur les os de la main, ce qui mériterait le nom de *main plate*. Les ligamens carpiens sont quelquefois tellement relâchés, que la main ne peut être pliée sans que le grand os et le cunéiforme ne fassent une saillie considérable sur le dos du poignet. La main de ces individus est tellement faible dans l'acte de la *préhension* et dans plusieurs autres usages de cette partie, qu'elle ne pourrait servir sans un appareil convenable sur le poignet. Une jeune dame, qui consulta M. A. Cooper, présentait cette infirmité à un degré si avancé, qu'elle avait été obligée de renoncer à la musique et à d'autres agrémens, à cause de la faiblesse de sa main : après quelques exercices de ce genre, le grand os faisait au poignet une forte saillie. Deux petites attelles, posées et serrées sur les faces dorsale et palmaire de la main, s'étendant jusque sur l'avant-bras, suffirent pour permettre à cette jeune dame de se servir de sa main. — Une autre dame qui présentait la même disposition, faisait usage d'un long bracelet en acier avec lequel elle serrait fortement le poignet; elle pouvait ainsi se servir de sa main sans inconvénient. (Ouvrage cité, page 478.)

Pour guérir cette infirmité, il faudrait se soumettre *pendant longtemps* au traitement suivant : 1.° douches d'eau froide sur la partie dorsale du poignet ; 2.° frotter souvent cette partie avec une flanelle tantôt sèche, tantôt imprégnée de substances fortifiantes ; 3.° envelopper le poignet de bandelettes agglutinatives, de manière à tenir rapprochés entre eux les os du carpe ; 4.° soutenir ces bandelettes à l'aide d'une petite bande étroite très-serrée.

autre maladie. Ceci s'observe surtout à la suite d'un panaris, d'une carie, d'un spina-ventosa, etc., dont la nécrose n'est alors qu'une des terminaisons naturelles. Après les os longs et cylindriques, pour la diaphyse desquels la nécrose spontanée affecte une espèce de prédilection, le calcanéum est celui qui paraît le plus fréquemment atteint de cette maladie, si l'on excepte toutefois les os du crâne. Il devrait cependant en être autrement, d'après les théories généralement reçues sur la nécrose. Plus un os est spongieux, vasculaire, diploïque, moins il est, dit-on, sujet à la nécrose; parce qu'un os ainsi organisé est plus *vitalisé* que les autres, et qu'il vit, en quelque sorte, à la manière des parties molles. Aussi résiste-t-il alors davantage à l'action des causes qui tendraient à détruire sa vitalité. Mais pourquoi cependant l'astragale et les autres os du tarse et du métatarse qui sont moins spongieux, et peut-être aussi moins vasculaires que le calcanéum, ne sont-ils presque jamais atteints de nécrose spontanée *primitive*, tandis que le dernier de ces os, qui est très-spongieux et vasculaire, l'est presqu'exclusivement? Cela prouverait, au moins, que nos théories, même les plus solidement établies en apparence, se trouvent quelquefois en défaut! Mais laissons-là ces explications, et contentons nous d'étudier les faits tels que l'observation nous les présente.

La nécrose du calcanéum se présente sous deux formes bien distinctes dans la pratique. Dans l'une, la mortification frappe d'emblée la partie centrale, cellulaire, diploïque de la tubérosité postérieure de cet os, sans que sa partie corticale soit aucunement intéressée (*Nécrose enkystée, nécrose invaginée du calcanéum.*) Dans l'autre, le mal attaque dès le début la surface inférieure de cet os (*nécrose superficielle*).

La première, production constante d'une cause interne,

ordinairement scrofuleuse, ne se déclare que de la dix-huitième à la trentième année de la vie. Elle a toujours des limites bien tranchées dès qu'elle se manifeste, et n'atteint que le centre de la partie postérieure, *non articulaire*, du calcanéum. La seconde, conséquence assez ordinaire de causes traumatiques, telles que contusions, piqûres, etc., n'a pas de limites aussi distinctes que la précédente : elle est quelquefois compliquée de carie du même os; elle en affecte communément la face plantaire, et marche indéfiniment.

Deux circonstances anatomiques, l'une tirée de la structure spongieuse, diploïque, de cet os, l'autre de sa situation, rendent, suivant moi, suffisamment raison de la fréquence de la nécrose primitive du calcanéum comparativement à celle des autres os courts qui l'avoisinent. Je considère la première espèce de nécrose, la nécrose enkystée, comme le résultat d'un dépôt morbide local, *sui generis*, qui forme une escarre dans le centre de l'os; de la même manière qu'un furoncle, un anthrax, est produit dans la partie la plus épaisse, la plus vitalisée, de l'organe cellulo-cutané, par le dépôt d'un principe humoral inconnu. Or il fallait justement une organisation celluleuse et vasculaire, telle que nous l'observons dans la partie postérieure, non articulaire, du calcanéum, pour qu'une pareille mortification enkystée pût avoir lieu; car ici le kyste est formé *ex-abrupto*, par les limites mêmes de l'escarre osseuse; il n'est pas, ainsi que nous le dirons plus bas, le produit d'un travail secondaire du périoste, comme dans les autres os qui renferment un *sequestre*. Quant à la position de cet os, il est facile de prévoir comment cette position, qui l'expose singulièrement à l'action des causes traumatiques, doit nous rendre raison de la fréquence de la seconde espèce de nécrose que nous venons de signaler. Du reste, ceci n'est qu'un mode d'explication, je n'y attache pas une grande importance.

La nécrose du calcanéum avait été, jusqu'à ces derniers temps, confondue avec la carie du même os; il n'est donc pas étonnant qu'on n'en trouve aucune observation dans les auteurs (1). Boyer lui-même n'a pas dit un mot sur cette maladie, dans son ouvrage de chirurgie. L'étude de cette affection cependant me paraît d'autant plus importante, que le mal en question prive toujours, pendant des années entières, de l'usage de leurs membres, les individus qu'il affecte, et qu'abandonné à lui-même il peut se terminer d'une manière fâcheuse.

Je ne saurais mieux tracer la symptomatologie et le traitement de la nécrose du calcanéum, qu'en exposant avec détail les faits sur lesquels j'ai pu l'étudier.

XV.e *Fait.* — *Nécrose enkystée du calcanéum ; opération ; guérison.* — En 1830, un jeune matelot anglais, âgé de 28 ans, constitution lymphatique, fit le voyage de Calais à Paris pour se faire traiter d'un mal à un talon qui le minait depuis deux ans. Il se confia aux soins de M. le professeur Roux, qui le fit recevoir dans une de ses salles à l'hôpital de la Charité. Ce mal se présentait sous les caractères suivans : gonflement très-considérable de toute la région calcanéenne ; rougeur œdémateuse à la peau de cette région ; sensibilité très-exquise au moindre attouchement des doigts ; existence de plusieurs trous fistuleux ; écoulement abondant d'une matière sanieuse, noirâtre, très-fétide, par ces ouvertures ; sentiment de douleurs profondes et continues dans la partie ; impossibilité absolue de l'usage de ce membre ; cachexie générale commençante. Le stylet indique une lésion organique du calca-

(1) Sans avoir directement traité de la nécrose du calcanéum, Hippocrate, dans son admirable livre *De fracturis*, laisse clairement entrevoir qu'il avait très-bien observé la mortification de cet os : *Atque hoc pacto periculum est ne os calcis corrumpatur. Quod ubi corrumpitur morbus ævum durat.* (Edit. Lut.-Parisior., 1679. Vers. Vind., vol. XII, text. 20.)

néum. Cet homme assurait n'avoir jamais eu la vérole ni autre maladie diathésique ; sa vie avait été assez sobre, et aucun accident local n'avait, à sa connaissance, provoqué le mal pour lequel il était entré à l'hôpital. Après quelques jours de repos au lit et de l'usage de cataplasmes émolliens sur le talon, le malade fut soumis à l'opération suivante :

Couché à plat-ventre, la jambe sur un orciller, le malade fut maintenu ainsi par des aides. Une large incision cruciale, suivie de la dissection de quatre lambeaux, mit le mal à découvert. L'inspection oculaire ayant montré *saine* la face postérieure du talon, on passa un stylet boutonné par le seul trou fistuleux que cette surface osseuse présentait, lequel descendit dans une cavité du même os, et indiqua une dénudation sonore dans le fond. A l'aide d'une gouge et d'un maillet de plomb, M. Roux fit sauter par petits coups ménagés la face postérieure du talon ; ses instrumens se sont immédiatement trouvés dans une cavité circonscrite de la substance centrale de cet os, laquelle renfermait du pus sanieux très-fétide, et un séquestre osseux ayant le volume, la figure et la scabrosité extérieure d'un gros noyau de pêche ; sa couleur était noirâtre. Ayant moi-même porté le doigt dans le fond de cette cavité après qu'elle fut vidée, elle me donna la sensation d'une *énorme alvéole*. L'opération fut très-longue et très-douloureuse ; beaucoup de sang s'écoula par la plaie, pendant toutes ces manœuvres. On pansa à sec, en remplissant le tout de charpie mollette. Le même pansement fut continué jusqu'à guérison, qui ne fut complète qu'après *dix mois* de traitement. Pendant les premiers temps de l'opération, le malade continuait à souffrir jour et nuit de douleurs cruelles dans le fond de la plaie. La suppuration fut abondante pendant long-temps. D'autres portions d'os nécrosé sortirent durant ce temps. Enfin, à compter du sixième mois de l'opération, la plaie acquit un bel aspect, devint vermeille, de sa-

nieuse qu'elle était ; son fond parut bourgeonneux, en même temps que ses bords s'affaissaient. La cicatrice, complète au dixième mois, était très-profonde et adhérait au fond de la cavité osseuse, laissant une excavation assez considérable et à surface bosselée à la partie postérieure du calcanéum, ce qui indiquait évidemment qu'il ne s'était pas fait de reproduction osseuse à cet endroit. Le malade sortit bien portant de l'hôpital, se servant assez bien de son membre.

XVI.ᵉ *Fait.* — *Nécrose enkystée du calcanéum. Trépanation. Guérison.* — Dans le mois de septembre dernier, un jeune homme âgé de 19 ans, constitution lymphatique, serrurier, malade depuis dix-huit mois, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n.° 15, pour être traité d'une nécrose au talon. Ce mal s'annonçait à l'extérieur par des symptômes à-peu-près semblables à ceux que je viens de décrire pour le cas précédent. Gonflement énorme, excessivement douloureux; fongosités, trous fistuleux, suppuration intarissable. La maladie avait débuté par une douleur profonde, puis par une tumeur qui s'était abcédée à la face postérieure du talon depuis neuf mois. Dès cette époque, le malade avait été obligé de quitter les travaux de son état, ne pouvant rester que couché ou bien assis, son membre étendu sur des oreillers.

Le 15 du même mois, M. Dupuytren l'opéra de la manière suivante : incision cruciale sur le talon, de la longueur de deux pouces au moins; dissection des quatre lambeaux ; application d'une large couronne de trépan sur la face postérieure du calcanéum. Après quelques tours de trépan, l'instrument tombe dans une cavité profonde du même os, d'où s'écoule du pus fétide et sanieux. Le doigt annonçant des parties d'os détachées dans le fond de la plaie, des pinces à polype sont introduites. On extrait en plusieurs fois un tas de portions d'os nécrosées. Ces parties osseuses sont globuleuses, noirâtres, à surface rugueuse, et

de volumes variés : les plus grosses égalaient une petite noix muscade. On pouvait distinguer à ces débris la substance centrale, spongieuse ou diploïque du calcanéum. L'opération a été douloureuse, mais bien moins longue que dans le cas précédent. On remplit la cavité restante de charpie mollette; on panse à sec, deux fois par jour, dans le reste du traitement.

Aujourd'hui, deux mois et demi après l'opération, ce malade se trouve assez bien. Les douleurs sont presqu'en totalité disparues; il passe maintenant de bonnes nuits. La suppuration est encore abondante, mais elle est de bonne nature; la plaie a une belle apparence; la région calcanéenne est revenue à son volume presque naturel. On a soin de tenir le membre dans la demi-flexion et couché sur le côté externe; le pied est maintenu plus élevé que le genou, afin de favoriser la circulation veineuse. Tout annonce que ce malade guérira comme le précédent, mais il faudra du temps et de la patience avant que la cicatrice soit accomplie.

Réflexions. Si j'en juge d'après l'expérience que m'a fournie l'observation de ces deux cas, je dois penser que la *gouge et le maillet* ne sont pas préférables au trépan dans cette opération. Malgré l'habileté et la délicatesse avec laquelle M. Roux manie les premiers de ces instrumens, la douleur vive et les secousses que chaque coup de maillet doit nécessairement imprimer à tout le membre, m'empêchent de conseiller leur emploi de préférence au trépan. L'action du trépan me paraît, dans ces cas, beaucoup plus prompte, plus douce, plus égale et moins douloureuse que celle de la gouge et du maillet; aussi lui accordons-nous une préférence absolue. Quant à la cicatrisation de la plaie, elle se fait très-long-temps attendre, comme nous l'avons vu plus haut : cela tient à la nature même du mal, sans doute; mais je crois aussi que l'état de faiblesse presque cachectique où se trouvent ces malades, con-

tribue beaucoup à la lenteur de leur guérison. Aussi pensé-je qu'un traitement fortifiant intérieur devrait être joint au traitement local. Enfin, je crois devoir remarquer, comme un résultat de l'expérience, que dans les cas de nécrose enkystée du calcanéum, il ne se fait pas de reproduction de la partie enlevée par l'opération : en effet, le kyste osseux se cicatrise tout autour sans se remplir : la cicatrice des tégumens adhère au fond de ce kyste. Cette circonstance de *non-reproduction* me paraît d'ailleurs commune à tous les os des mains et des pieds. Jamais, par exemple, on n'a vu une phalange nécrosée se reproduire, etc. Je ne chercherai pas la raison de ce fait constant ; je ferai observer seulement que le même phénomène s'observe dans les nécroses des os du crâne. Ici la nature manque de ce pouvoir *reproductif admirable* qu'on remarque dans tous les autres os du corps. C'est ainsi que les extrêmes se touchent. Venons à la nécrose superficielle du calcanéum.

XVII.e *Fait.* — *Nécrose superficielle du calcanéum.* — Il y a quatre ans environ, un homme de la campagne, âgé d'une cinquantaine d'années, fort et robuste, fut reçu à la Charité, salle Saint-Augustin, pour une piqûre qu'il s'était faite au calcanéum droit avec la pointe d'un clou, en marchant. Cet accident, qui avait été négligé d'abord par le malade, datait de plusieurs mois. La plante du pied présentait un gonflement douloureux au talon, une légère rubéfaction à la peau, et un trou fistuleux à bords calleux qui pouvait admettre l'extrémité du petit doigt. Suintement très-léger de matière sanieuse et fétide. Le stylet indiquait que le calcanéum était à nu. On fut dans le doute s'il s'agissait d'une carie ou d'une nécrose sur ce malade. Repos, cataplasmes pendant un mois ; pas de changement. M. Roux excise les bords calleux de ce trou fistuleux. Des portions d'os nécrosées s'échappent par la suite. Trois mois après le séjour de cet homme à l'hôpital, son mal était encore station-

naire, lorsque tout-à-coup un érysipèle sur ce pied se déclare, gagne bientôt la jambe, le membre devient violet, et l'homme meurt au troisième jour.

Autopsie. — Toute la face plantaire du calcanéum est dénudée et nécrosée en grande partie. Des points de carie existent aussi à cette surface. Du pus sanieux et fétide abreuve cette partie de l'os. Ce pus avait fusé sous la peau et pénétré jusque dans plusieurs des articulations voisines du tarse. Les parties molles environnantes étaient flasques, lardacées, grisâtres, presqu'imprégnées de pus. Aucun autre os n'était malade; aucune lésion n'a été trouvée sur le corps de cet homme qui puisse donner la raison suffisante de sa mort presque subite.

On lit dans le journal de Desault un cas à-peu-près semblable au précédent, pour les apparences du mal; le voici : « Un individu s'était, en marchant, piqué au talon avec la pointe d'un clou. Des fistules se sont formées à la plante du pied. Desault pensa que les os étaient cariés ou nécrosés. Il fit appliquer, deux fois par jour, des cataplasmes ordinaires, arrosés d'une décoction de feuilles de noyer, à laquelle on ajoutait deux gros de cendres gravelées par pinte; puis, enfin, on remplaça ces cataplasmes par des bains locaux de décoction de feuilles de noyer, et le malade guérit (1). »

Observations de fièvres rémittentes et intermittentes pernicieuses; par le docteur GOUZÉE, *médecin principal de l'armée et de l'hôpital militaire d'Anvers, chevalier de la Légion-d'honneur.*

Les fièvres intermittentes sont, comme on sait, endémiques à Anvers. Elles y furent très-fréquentes l'été dernier,

(1) *Journal de Desault*, t. III, page 278.

et elles se montrèrent très-souvent, à cette époque, entourées d'un cortège d'accidens graves au milieu duquel l'habitude et une attention soutenue pouvaient seules les faire découvrir.

Personne n'ignore le danger de laisser marcher ces maladies, auxquelles on a donné à juste titre l'épithète de pernicieuses, et on voit combien il est urgent de les arrêter au premier moment favorable par un des moyens les plus sûrs et les plus héroïques de l'art, le sulfate de quinine. Mais ce qu'on oublie trop souvent hors des localités où elles ont coutume de se montrer, c'est qu'il est extrêmement important de ne jamais les perdre de vue, car de la rareté des cas qui s'offrent à l'attention des médecins, il peut résulter qu'on prenne le change et qu'on les traite comme des irritations viscérales ordinaires, ce qui entraînerait les suites les plus fâcheuses. Ces considérations me portent à croire que les faits suivans ne seront pas sans intérêt, d'autant plus que quelques-uns d'entre eux offrent par eux-mêmes des circonstances peu communes qui méritent d'être notées.

Je vais rapporter successivement quatre cas de fièvres intermittentes accompagnées de symptômes graves ayant pour point de départ la tête, la poitrine ou l'abdomen.

Obs. I.re — *Fièvre intermittente pernicieuse apoplectique.* — Le 19 juillet 1833, dans la matinée, on apporta à l'hôpital militaire, le nommé Christiaen, soldat du 5.e de ligne, âgé de 27 ans. Il avait été de garde au fort du nord, à une demi-lieue d'Anvers, et étant de faction il était tombé sans connaissance. A son arrivée à l'hôpital, il y avait résolution complète et insensibilité des membres du côté droit; il portait constamment la main gauche à la tête; ses traits étaient immobiles, les yeux légèrement convulsés, les pupilles inégalement dilatées; la respiration était embarrassée, et le pouls petit et fréquent. Une saignée de vingt onces est pratiquée aussitôt. A mesure que

le sang coule, le malade montre par des signes qu'il se sent soulagé, la face reprend de l'expression, des mouvemens se manifestent dans les membres paralysés, et il survient une sueur générale.

A la visite de l'après-midi, le malade était baigné de sueur. Il s'exprimait avec beaucoup de difficulté; cependant nous pûmes comprendre qu'il était indisposé depuis plusieurs jours, pendant lesquels il avait eu de deux jours l'un des accès légers de fièvre avec mal de tête. Ces renseignemens, l'allègement des symptômes ayant lieu en même temps qu'une sueur générale, et l'induction tirée de la constitution médicale actuelle, étaient plus qu'il n'en fallait pour nous faire juger que nous avions affaire à une fièvre intermittente pernicieuse, et qu'il était urgent de s'opposer au retour d'un nouvel accès qui eût pu emporter le malade. Vingt grains de sulfate de quinine furent prescrits en dix pilules, mêlés à de l'extrait de gentiane, pour en prendre une d'heure en heure, à commencer immédiatement.

Le lendemain 20, au matin, le malade avait recouvré entièrement ses facultés intellectuelles et l'usage de ses membres; mais il se plaignait de mal de tête, la peau était chaude et sèche, la soif vive, le pouls plein et fréquent. (Nouvelle saignée de vingt onces, adoucissans, diète absolue).

Le 21, le calme était revenu, il n'y avait plus qu'un peu de pesanteur de tête. (Soins de régime).

Le 22, la convalescence était déclarée. Aucun accident n'a reparu. Le malade est sorti le 1er août, en état de reprendre son service.

Dans cette observation, le sulfate de quinine, aidé de déplétions sanguines, a arrêté les accidens. Il était permis de compter sur vingt grains de ce sel, dose assez forte; car dans les cas ordinaires, et lorsque l'estomac est sain, huit, douze, seize grains au plus, prescrits aux heures qui

précèdent un accès, et associés au repos et à une diète sévère, suffisent pour en empêcher le retour. Cependant la chaleur fébrile et un peu de mal de tête reparurent le lendemain; mais c'était un dernier effort du mal sur le remède.

Le fait suivant était plus simple et l'indication plus manifeste.

Obs. IIe. — *Fièvre intermittente avec congestion cérébrale.* — Desmet, du 2e lancier, âgé de 27 ans, entra à l'hôpital le 18 juillet. Depuis quelque temps il éprouvait chaque jour, dans l'après-midi vers deux ou trois heures, un accès de fièvre, marqué surtout par un violent mal de tête, La langue était blanche, un peu rouge sur sa pointe. (Tisane d'orge, diète absolue).

Le 19, l'accès se montra avec des accidens alarmans : céphalalgie violente, perte complète de connaissance ; la face est rouge, les yeux injectés, fixes, les pupilles dilatées ; respiration haute, chaleur brûlante, pouls petit et fréquent (Saignée du bras, de vingt onces). Dans la nuit, le malade reprend peu-à-peu ses sens ; il se plaint de pulsations douloureuses dans la tête et de brisement dans les membres.

Le 20 au matin, il était baigné de sueur; il n'éprouvait plus que de la faiblesse et de la pesanteur de tête. (Huit pilules, de deux grains chacune, de sulfate de quinine, pour en prendre une d'heure en heure). L'accès n'a pas paru.

Le 21, quatre pilules sont encore données dans la matinée. Le 22, le malade était convalescent. On prescrivit encore quelques grains de sulfate de quinine à titre de prophylactique, et il sortit le 1er août. Il est rentré vers la fin du mois pour une irritation lente de l'encéphale qui a été combattue avec succès par quelques déplétions sanguines, la révulsion cutanée et le régime.

Pendant l'été dernier les fièvres intermittentes ont été très-souvent accompagnées de congestion cérébrale, comme dans le cas qui vient d'être rapporté, et des faits sembla-

bles se sont montrés très-fréquemment à cette époque, non seulement à Anvers, mais aussi dans des localités qui ne sont point exposées aux influences marécageuses. M. le docteur Graux, membre du conseil supérieur de santé, m'a rapporté avoir fait la même observation à Bruxelles, quoique les fièvres intermittentes en général y soient assez rares et n'aient pas coutume de s'y montrer avec beaucoup d'intensité.

Le fait suivant offre un plus haut degré d'intérêt, tant sous le rapport de sa gravité que sous celui de la difficulté du diagnostic.

Obs. IIIe. — *Fièvre rémittente pernicieuse pleuro-pneumonique.* — Madame ***, âgée d'environ trente-sept ans, d'une forte constitution, ayant eu, à l'âge de quinze ans, époque de la première apparition des menstrues, des accidens graves qui avaient leur siège dans les appareils nerveux et respiratoire, et toujours réglée depuis avec abondance, éprouva de vives appréhensions, en juillet 1832, à l'occasion du choléra. Elle eut divers dérangemens nerveux qui parurent avoir la matrice pour point de départ. Quelque temps après parurent des hémorrhagies utérines fréquentes et copieuses; un chirurgien explora la matrice et ne découvrit qu'un engorgement très-léger au col. Cet état fut considéré comme dépendant des approches de l'âge critique, et je me bornai à prescrire le repos, un régime convenable et des moyens adoucissans et sédatifs.

Elle resta souffrante pendant environ un an, ayant de temps en temps des atteintes fréquentes de ménorrhagie, qui finirent par l'affaiblir beaucoup. Le 11 juin 1833, des pilules d'extrait de ratanhia joint à la poudre de tormentille, lui furent prescrites, mais elle ne put les supporter. Le 16, un vésicatoire fut placé dans la région des lombes à titre de révulsif. Dans la nuit suivante, elle fut tout-à-coup prise avec violence de la maladie alors régnante, appellée vulgairement la grippe. Ce nouvel orage s'appaisa peu à peu, et

elle paraissait revenue à son état habituel lorsqu'elle s'exposa à un vent froid et à un courant d'air.

Alors, le 3 juillet, petite toux sèche, continuelle, amenant de temps en temps, mais rarement, un crachat tantôt strié, tantôt sanglant; douleur vive, lancinante au-dessous et au côté externe du sein droit; gêne de la respiration, impossibilité de se coucher sur le côté gauche, position qui augmente la toux, les points douloureux et la difficulté de respirer. (La poitrine n'a pu être explorée). La malade éprouve une forte anxiété ; la chaleur est brûlante, le pouls fréquent et très-peu résistant, la soif vive. L'hémorrhagie utérine diminua d'abord, puis cessa entièrement quelques jours après. (Des sangsues sont appliquées à plusieurs reprises sur le point douloureux, une fois au nombre de douze; cataplasmes émolliens à la poitrine et aux pieds , gommeux, thridace, sirop diacode, diète absolue).

Les sangsues n'apportèrent aucun soulagement; au contraire la petite toux sèche, saccadée, paraissait plus fréquente, plus incommode après chacune des applications. Il y avait de temps en temps un peu de diminution dans les accidens; ce moment de relâche, d'abord irrégulier, revint ensuite, tantôt vers le matin, le jour suivant vers midi, et il coïncidait avec une sueur générale, sans toutefois que les accidens disparussent entièrement; ceux-ci revenaient ensuite avec leur intensité accoutumée après un léger refroidissement des extrémités inférieures.

Ces phénomènes étaient très-fugaces et il fallait une attention soutenue pour en saisir la filiation; mais ils n'échappent pas d'ordinaire à celui qui pratique dans les localités marécageuses et s'y livre à une observation attentive.

Le 7, à dix heures du matin, je trouvai la malade baignée de sueur, toussant moins et ayant toujours la respiration courte et ses points douloureux au côté, mais souffrant moins que de coutume. Je me hâtai de saisir ce moment de relâche. (Un lavement composé de huit grains

de sulfate de quinine dans trois onces de solution d'amidon, est donné à l'instant, et un second est pris vers midi; ils sont gardés tous deux). Un peu de chaleur survint encore dans l'après midi, mais le calme se soutient, et la nuit il y eut plusieurs heures d'un sommeil tranquille, ce qui n'était pas arrivé depuis quatre jours.

J'avais prescrit de nouveaux lavemens contenant quatre grains de sulfate de quinine, avec injonction de les donner toutes les deux heures dès que la moiteur reparaîtrait. Trois furent donnés le 8 avant le jour, deux le 9 et autant le 10 dans la journée. Dans l'intervalle, adoucissans, sirop de pavots, thridace, diète absolue.

La toux diminua d'une manière progressive, puis cessa entièrement au bout de quelques jours; la peau resta moite et fraiche, les nuits devinrent bonnes. La malade, arrivée à un état de maigreur extrême approchant du marasme, reprit en peu de jours des forces et une physionomie rassurante. Cependant la respiration restait gênée et le côté un peu douloureux; il eût été utile pour y rémédier d'obtenir le retour du flux menstruel: des sinapismes, des bains de pied, des bains de siège furent mis en usage, mais sans rappeler l'écoulement. Ces accidens disparurent toutefois insensiblement d'eux mêmes, et vers la fin du mois il n'en restait plus. Mme ... se trouvait même alors mieux qu'elle ne l'avait été antérieurement. Ses règles reparurent ensuite, toujours fréquentes et copieuses, comme de coutume; elle fut de temps en temps encore un peu tourmentée par ces souffrances nerveuses, mais elle reprit des forces et ne ressentit plus la moindre atteinte du côté de la poitrine.

Des signes de pleuro-pneumonie existaient évidemment dans le fait qui vient d'être rapporté. Il est fâcheux que l'exploration de la poitrine n'ait pu être pratiquée pour en compléter le diagnostic. On sent combien il eût été funeste d'insister ici sur un traitement antiphlogistique sous l'influence duquel la maladie s'aggravait et qui eût non seule-

ment conduit la malade à une faiblesse irrémédiable, mais encore laissé à l'irritation le temps de jeter de profondes racines. L'usage du sulfate de quinine a remédié promptement aux accidens qui se succédaient avec une intensité effrayante. L'occasion était urgente, le jugement difficile. Celui-ci a été basé principalement sur la coïncidence de l'apparition des sueurs et de la diminution des accidens. Le caractère de la toux a aussi contribué à le fortifier ; j'ai remarqué un grand nombre de fois qu'une petite toux sèche, fréquente, saccadée, quoique existant en même temps que des lésions thoraciques, tient plutôt au génie intermittent, s'il est encore permis de se servir de cette expression, qu'à la lésion même des organes pulmonaires.

Dans le fait suivant, le diagnostic offrit moins de difficulté; mais il ne mérite pas moins quelque attention, à cause de la rareté et de la gravité du cas, et de la promptitude de la guérison obtenue à l'aide du sulfate de quinine.

Obs. IVe — *Fièvre intermittente pernicieuse se manifestant par des signes de péritonite.* — Fréson, soldat du cinquième de ligne, âgé de vingt-trois ans, indisposé depuis quelques jours, descendit dans une cave très-froide le 7 juillet pendant qu'il était en sueur. Il se refroidit et sentit bientôt après dans l'abdomen des douleurs si violentes qu'il resta sans voix et sans avoir la force de marcher. On l'apportá à l'hôpital à huit heures du soir dans l'état suivant :

Anxiétés extrêmes, face pâle et grippée, voix éteinte sans perte de connaissance; il porte de temps en temps la main à la tête et plus souvent au ventre où il indique que siègent ses principales souffrances ; l'abdomen est légèrement tendu et la sensibilité y est telle qu'il repousse avec vivacité la main qui veut le toucher ; la langue est humide et légèrement blanchâtre, la soif forte, la respiration courte et fréquente, le pouls embarrassé, la peau est couverte d'une sueur froide. (Saignée de vingt onces). A onze

heures du soir, trois heures après son entrée et la saignée, l'anxiété est moins forte, le malade peut exprimer ce qu'il éprouve; le soulagement est toutefois peu marqué. (Nouvelle saignée de seize onces).

Le lendemain 8, tout l'appareil d'accidens graves avait disparu; le ventre est souple, insensible à la pression; il ne reste qu'une lassitude générale (Eau d'orge, diète absolue).

Le 9, quelques douleurs se firent de nouveau sentir le matin dans l'abdomen, précédées par un frisson qui dura une heure. Elles se dissipèrent par des sueurs dans la journée (Lavement émollient).

Le 10, le malade se trouve bien d'abord, mais le soir vers dix heures, il eut un frisson prolongé à la suite duquel les douleurs du ventre se firent de nouveau sentir, et le 11 au matin son état était aussi grave et aussi alarmant que le premier jour : face pâle et rétractée, anxiétés extrêmes, sueur froide, douleurs extrêmement vives, chaleur et tension de l'abdomen prononcées, surtout dans le flanc gauche; le plus léger attouchement rend la douleur insupportable; soif intense, pouls petit, constipation. (Saignée de vingt onces). Les douleurs diminuèrent peu à peu de nouveau, vers midi, et à cinq heures il ne restait plus que du malaise. (Un lavement d'eau d'orge avec une once de sulfate de soude procura une selle; des pilules de deux grains de sulfate de quinine sont ensuite données d'heure en heure et continuées toute la nuit).

Le 12, le malade était très-bien, toutes les fonctions étaient à l'état normal, si ce n'est qu'il se plaignait d'un peu de faiblesse. L'abdomen n'éprouvait plus la moindre douleur, même à une forte pression (l'usage des pilules de sulfate de quinine est continué sans interruption jusqu'au soir).

Le 13, à la visite du matin, je trouvai le malade levé. Je le fis rentrer dans son lit où je le tins encore quelques

jours, soumis seulement à des soins de régime. Aucun accident ne reparut. On lui donna ensuite quelques grains de sulfate de quinine au commencement de chaque septenaire, à titre de prophylactique, et il sortit au milieu du mois d'août pour reprendre son service.

Les fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses, ainsi que je l'ai dit en commençant, sont quelquefois très-difficiles à reconnaître; on en a vu un exemple dans la troisième observation. Il n'est pas rare qu'elles affectent une marche aussi prompte qu'insidieuse, et l'on commettrait de graves erreurs si on les prenait pour les maladies continues qu'elles simulent, et si on les traitait comme telles. Il ne sera donc pas sans intérêt de résumer, sous forme de corollaires des faits précédens et d'autres non exposés, les principaux phénomènes et les circonstances qui peuvent les faire distinguer, en rappellant toutefois que ce n'est que sur la réunion de plusieurs données que l'on peut porter un diagnostic certain.

1° Un accès de fièvre intermittente pernicieuse vient fréquemment à la suite de quelques accès marqués par des phénomènes inquiétans, comme une forte céphalalgie, une douleur insupportable à la nuque, des défaillances, une altération profonde des traits de la face, une petite toux sèche, saccadée, continuelle, etc., (*Obs.* 2). Alors le diagnostic n'est pas difficile.

2° Mais dans certains cas, l'accès n'est précédé que de quelques accès légers de fièvre intermittente. (*Obs* 1), ou même d'une simple indisposition (*Obs.* 4).

3° Lorsque dans des localités marécageuses; ou sous l'influence d'une constitution atmosphérique qui dispose aux affections périodiques et surtout aux fièvres intermittentes pernicieuses, une personne qui même n'aurait eu d'abord qu'une légère indisposition, est prise tout-à-coup d'accidens graves, on doit se tenir sur ses gardes, car on peut dans ce cas soupçonner l'existence de la maladie (*Obs.* 1, 4).

4° Une affection continue débute par un frisson comme un accès de fièvre intermittente; mais lorsque, après la diminution ou la cessation des accidens, ceux-ci reparaissent à la suite d'un nouveau frisson, la présence de la fièvre pernicieuse intermittente n'est guère douteuse. (*Obs.* 3, 4).

5° Un signe précieux et d'un grand poids, c'est l'apparition, au bout de quelques heures, d'une moiteur ou d'une sueur générale, coïncidant avec la disparution des accidens. (*Obs.* 1, 2, 3, 4).

6° Il y a peu de doutes sur l'existence de la maladie, lorsque les accidens affectent de se montrer à des heures et à des jours déterminés. (*Obs.* 2, 3, 4).

7° Dans les cas obscurs, on peut s'aider de l'inspection des urines, qui le plus souvent sont brunes avec un sédiment rouge briqueté.

8° En général, pendant ou après un accès de fièvre intermittente pernicieuse, l'état de la langue n'est pas en rapport avec la gravité des accidens. (*Obs.* 4).

9° Les déplétions sanguines paraissent souvent avoir peu d'influence sur le mal; l'accès continue, décline ou cesse parce que telle est sa marche ordinaire, et il revient comme si on n'avait rien fait. (*Obs.* 2, 3).

10° Il y a de longs laps de temps, même dans les localités marécageuses, où il n'existe pas de fièvre intermittente pernicieuse. Lorsque ensuite la constitution atmosphérique vient à favoriser leur production, les premières qui se montrent doivent tromper le médecin le plus attentif, si, comme cela arrive quelquefois, il ne peut obtenir aucune donnée qui guide son jugement. Il se trouve alors dans le cas de Sydenham, qui hésitait au lit de ses malades quand une nouvelle constitution médicale venait à imprimer aux fièvres continues un caractère qu'il ne connaissait pas encore. *Vix ac ne vix quidem*, dit-il, *possum efficere ne unus aut alter eorum qui se primi meæ curæ commiserint, vita periclitetur, donec investigato jugiter tandemque perspecto*

morbi genio, ad eundem perdomandum recto pede et intrepidus denuo procedam. (Sydenham, obs. medic. Cap. II. de morb. épidem.)

Bulletin de la Société Anatomique; rédigé par M. Forget, secrétaire.

Extrait des procès-verbaux des Séances de la Société Anatomique.

Cérébro-myélite. — Tumeur comprimant la moelle épinière. — Os internasaux. — Fongus des plexus choroïdes. — Abcès sous-muqueux du larynx. — Cicatrice des plaques de Peyer. — Rupture de l'estomac. — Gangrène du poumon. — Hydro-hématocèle. — Rupture du cœur. — Os intermaxillaires. — Muscle anormal. — Erosion du crâne. — Néphrite. — Ossification des valvules de l'aorte. — Nécrose du tarse. — Calcul cérébral. — Hernie ombilicale congéniale. — Cancer du foie. — Rupture de la vessie. — Absence congéniale d'un testicule. — Absence du muscle grand oblique de l'œil. — Cavernes cicatrisées. — Dilatation des bronches. — Ente animale.

Présidence de M. Cruveilhier.

Séance du 5 *décembre.* — M. Deschamps fait voir le cerveau et la moelle épinière d'une femme aliénée, affectée de paralysie générale, et morte avec des symptômes tétaniques, suites d'une escarrhe avec carie du sacrum. Il existe du pus sous l'arachnoïde de la moelle et sous celle de la base du cerveau affectées d'inflammation.

M. Hardy lit une observation de tumeur, présumée encéphaloïde, qu'il croit développée dans la cavité de l'arachnoïde spinale, et qui a causé la paraplégie. Il y a quelques jours qu'il s'est offert, dans le service de M. Rostan, un cas analogue; mais il y avait deux tumeurs dont l'une existait à la partie supérieure de la région dorsale, l'autre au niveau de la queue de cheval. M. Cruveilhier pense que dans le cas de M. Hardy, le produit morbide s'est développé sous l'arachnoïde dont il s'est fait une enveloppe en la repoussant dans la cavité arachnoïdienne.

M. Moret présente une tête de fœtus sur laquelle on aperçoit entre les os nasaux un tubercule osseux qui serait le rudiment de l'os internasal qui s'observe chez les poissons. Plusieurs membres paraissent

douter que ce tubercule soit un os isolé, et pencheraient à le considérer comme un fragment séparé des os nasaux.

M. Ghérard lit une observation de tumeur fongueuse, vasculaire, paraissant développée dans le tissu du plexus-choroïde, occupant le ventricule droit du cerveau chez un enfant de trois ans, et qui n'a donné lieu à aucun symptôme pendant la vie.

M. Monestier présente un cas d'abcès sous-muqueux du larynx. L'individu, affecté de catarrhe depuis deux ans, était depuis deux mois sujet à des accès de suffocation; il y avait aphonie. La laryngotomie nécessitée par l'imminence d'asphyxie n'empêcha pas la mort: les cartilages du larynx furent trouvés ossifiés, le cartilage cricoïde carie à la partie postérieure et séparé de la muqueuse par une collection de pus; une des cordes vocales était ulcérée; les poumons contenaient des tubercules. Cette affection, décrite par M. Cruveilhier, vient compliquer l'histoire de la phthisie laryngée dont elle doit former une espèce.

M. Hache présente une vessie affectée de cancer qui n'offre rien de bien particulier.

M. Sestié présente: 1° Les intestins d'un individu qui pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde est mort d'indigestion. On trouve des plaques de Peyer cicatrisées. 2° Une femme affectée de dyspepsie, nausées, coliques, etc., éprouve subitement, en se baissant, une vive chaleur dans l'abdomen, promptement suivie de mort. A l'autopsie on trouve dans la cavité du péritoine des gaz et des liquides mêlés de débris d'alimens, des traces de péritonite chronique et de péritonite récente, puis, près du pylore qui est rétréci, une rupture occupant le fond d'une cicatrice large et déprimée qui se continue sur les parois de l'estomac. M. Sestié considère ce cas comme une rupture mécanique de cicatrice ancienne.

M. Dénonvilliers rapporte: 1° que chez une femme affectée d'ascite, il a trouvé les viscères principaux, cœur, foie, rate, matrice et les parois artérielles colorées de violet; le sang était plus liquide que dans l'état ordinaire; il voit dans cette altération générale une maladie du sang. 2° Chez un officier qui offrait quelques signes d'aliénation mentale, il se manifesta une dyspnée avec matité du côté droit de la poitrine, haleine fétide, bruit amphorique, tintement métallique, mort. A l'autopsie l'on a trouvé une gangrène de poumon avec perforation des plèvres et pneumo-thorax. 3° Un autre individu affecté, de congestion cérébrale, est saigné deux fois; l'haleine prend une odeur, fétide et sur ce seul signe, M. Lerminier diagnostique une gangrène des poumons; bientôt respiration amphorique, tintement métallique, mort. —On trouve une gangrène générale des poumons. Ces deux cas ont été recueillis à la Charité.

M. Maisonneuve présente une gangrène circonscrite du poumon,

recucillie chez une femme de la Salpétrière, et M. Pigeaux dit en avoir observé une autre à l'Hôtel-Dieu. Ces coïncidences font supposer qu'il existe en ce moment, comme il a existé il y a quelques années, une épidémie de pneumonies gangréneuses.

M. Cazeaux rapporte que chez une femme de l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une pneumonie chronique, un abcès se manifesta au côté correspondant du thorax; au moment de l'ouvrir, on aperçut du gargouillement; l'incision donna issue à du pus mêlé d'air. La malade succomba au bout de trois semaines. On trouva à la base du poumon une énorme caverne circonscrite par la plèvre costale détruite par la gangrène.

M. Vernois rapporte qu'un individu affecté d'urétbrite reçut dans l'aine un coup de pied par suite duquel le scrotum se tuméfia, présentant le volume et la forme d'une gourde; la transparence fait constater une hydrocèle : tout-à-coup le scrotum et la verge deviennent violets; le diagnostic de l'hydrocèle se trouve obscurci. M. Ricord plonge dans la tumeur un stylet qui donne lieu à l'écoulement d'un liquide sanguinolent, puis un troquart qui procure l'issue de quelques caillots. Au lieu de faire l'injection comme dans l'opération ordinaire, on se borne à recouvrir le scrotum avec des compresses vineuses.

Seance du 22 décembre. — M. Cruveilhier communique ses remarques sur la rupture du cœur qu'il attribue à la fragilité ou friabilité des fibres musculaires qui se laissent mécaniquement perforer de dedans en dehors.

M. Chassaignac présente l'os maxillaire inférieur d'un fœtus à terme. De chaque côté de la symphyse non soudée existent deux rainures obliques en dehors et en bas, mais qui n'intéressent que la superficie de la face antérieure de l'os; il considère les points osseux compris entre ces rainures comme des rudimens d'os intermaxillaires anormaux.

Le même membre présente une anomalie anatomique consistant dans l'existence d'un muscle triangulaire antérieur ou externe du sternum. Ce muscle a son sommet en haut, sommet qui s'insère à un pouce au dessous de l'échancrure, sur le fibro-cartilage de la deuxième vraie côte; la base, dirigée en bas et un peu en dehors, s'insère aux cartilages des cinquième, sixième et septième côtes en sorte que ce muscle est élévateur de ces mêmes côtes.

Quelques membres considèrent ce muscle comme un prolongement du droit abdominal, d'autant mieux que par son bord interne il se continue avec ce muscle droit au moyen d'une aponévrose. M. Nélaton fait observer que cette disposition est normale chez quelques quadrupèdes, particulièrement chez les rongeurs, où le muscle droit s'étend quelquefois jusqu'à l'os hyoïde.

M. Régnier présente un crâne dont la table interne a été détruite en

quelques endroits par des végétations fongueuses de la dure-mère.

M. Choisy présente une vessie hypertrophiée et des reins volumineux dont un est criblé de petites collections purulentes; les uretères étaient enflammés. Ces pièces proviennent d'une femme atteinte de maladie de cœur et qui était soumise à l'usage de la digitale.

M. Rufz fait un rapport sur l'observation présentée par M. Ghérard. M. Hache a vu dans la pie-mère, mais en dehors du ventricule, une tumeur analogue à celle qui fait le sujet de cette observation; le tissu de cette tumeur est analogue à celui du fongus hématode de l'œil que M. Rufz a vu s'étendre à la pie-mère.

Séance du 19 *décembre* 1833. — M. Rigaud présente le cœur d'un homme de 70 ans, qui, sans prodrômes, éprouva un jour une attaque de suffocation dont il fut soulagé par la saignée. Deux mois après nouvelle suffocation suivie de mort. Les valvules sygmoïdes de l'aorte sont abaissées, ossifiées et en partie soudées, de manière qu'elles semblent boucher exactement la lumière du vaisseau. M. Rigaud pense que ce fait pourrait servir à démontrer que dans l'état naturel les valvules ferment exactement l'orifice aortique. M. Sestié fait observer que la conclusion ne serait pas rigoureuse, car ici les valvules sont déformées, altérées dans leurs dimensions. Plusieurs membres font remarquer que ces valvules dans l'état naturel, retiennent l'eau qu'on verse dans l'aorte. M. Cruveilhier objecte que les injections introduites par cette voie pénètrent toujours dans la cavité du cœur : à quoi l'on répond que l'effort de l'impulsion force la résistance des valvules qui cèdent sous une puissance peu considérable.

M. Bérard présente le pied d'un individu qui depuis long-temps éprouvait de la gêne dans la marche, lorsqu'il y a trois mois des abcès se manifestèrent et s'ouvrirent sur plusieurs points. Le stylet fit reconnaître l'altération des os du tarse; l'amputation de la jambe fut d'abord jugée nécessaire, mais M. Marjolin opina pour celle du pied par la méthode de Chopart; l'opération a été pratiquée il y a trois jours; le malade va bien : à l'examen de la pièce on trouve que le troisième cunéiforme est en partie détruit, vermoulu et flottant dans sa cavité, le second cunéiforme est soudé avec le premier et avec le second os métatarsien. M. Cruveilhier voit dans cette affection une nécrose du troisième cunéiforme, il croit reconnaître dans la soudure des os voisins une tendance à la guérison et dans la couche rougeâtre et pulpeuse qui environne le sequestre un travail d'élimination par lequel la nature eût pu peut-être opérer la guérison. Les prétendues caries des os courts, ajoute-t-il, sont souvent des nécroses; il a vu une nécrose du calcanéum pour laquelle la jambe fut amputée et qui aurait pu guérir sans cela. M. Robert fait observer que la nécrose est souvent une terminaison de la carie; il remarque que les os environnans sont ramollis, enflammés, et que les parois de la cavité qui ren-

ferme le séquestre sont encore affectées de carie. M. Denonvilliers rappelle l'opinion de M. J. Cloquet qui pense que, dans les os spongieux, la carie et la nécrose sont souvent combinées. Il rapporte à ce sujet l'observation d'un individu affecté de maladie du poignet, suivie de trente-deux fistules, de sortie de plusieurs esquilles et de luxation consécutive du poignet et de l'index, qui s'est rétabli sous l'influence des douches d'eaux des Pyrénées. MM. Cruveilhier et Robert citent des exemples de ces guérisons inespérées. En résumé MM. Robert, Michon et Bérard persistent à voir dans la pièce présentée un exemple de carie; M. Cruveilhier n'est pas convaincu. M. Bérard ajoute que la carie est susceptible de guérison comme la nécrose, et par la nécrose,

M. Beau fait voir un hémisphère cérébral qui présente dans la pie-mère et dans la substance grise une concrétion tophacée et enkystée du volume d'un haricot; plusieurs membres pensent que ce kyste dérive de la pie-mère. Le sujet était une femme de soixante ans, affectée d'épilepsie.

M. Cruveilhier présente un fœtus mort, offert à la Faculté par M. le docteur Dupuy, et affecté de hernie ombilicale congéniale qui contenait le paquet intestinal et une grande portion du foie; le sac est formé par deux membranes transparentes contenant dans leur intervalle un liquide disséminé dans des aréoles. De ces membranes, l'une appartient au péritoine, l'autre dérive de la peau et peut-être des muscles. L'enfant a vécu neuf heures. M. Cruveilhier cite un exemple de guérison dans un cas analogue; mais ordinairement le sac se rompt et l'enfant succombe.

M. Ripault présente 1° un cancer du foie coïncidant avec un cancer du sein extirpé depuis trois jours. 2° Une vessie qui présente à son sommet une dilatation formant une loge particulière. L'organe est hypertrophié dans quelques points, aminci dans d'autres, au point qu'il s'est formé des crevasses d'où sont résultés des abcès auxquels le malade a succombé. 3° Un kyste du rein. 4° Une pièce provenant d'un individu qui n'avait qu'un testicule; l'inspection démontre que de l'autre côté le testicule n'existe pas; le canal déférent parti de la vésicule séminale, franchit l'anneau et vient s'épanouir dans les tégumens comme chez la femme, le ligament rond dans l'aine. La vésicule de ce côté contient un liquide muqueux. Malgré l'absence de cicatrices on se demande si le testicule n'a pas été enlevé; le malade assurait que non ; on ne peut croire à l'atrophie, car, dans ce cas le testicule ne disparaît jamais complètement.

M. Cazeaux rapporte avoir constaté sur un cadavre l'absence du muscle grand oblique de l'œil, des deux côtés. Point de renseignemens sur le sujet: il est fâcheux que M. Cazeaux ne puisse presenter les pièces à l'appui d'un fait aussi extraordinaire.

M. Choisy présente une caverne pulmonaire cicatrisée et un estomac

où les plis de la muqueuse forment des aréoles très-prononcées.

M. Sestié présente un très-beau cas de dilatation des bronches; le malade affecté de catarrhe chronique expectorait des crachats abondans et fétides.

M. Beau lit une observation de doigt entièrement séparé, réuni et cicatrisé. M. Sedilllot rapporte à ce sujet que M. Græfe lui a certifié avoir réuni deux doigts complètement coupés au niveau des deuxièmes phalanges.

Perforation d'un vaisseau sanguin de l'estomac ayant donné lieu à la mort; par F. Monestier, *interne de l'Hôtel-Dieu.*

Thierry (Louis), âgé de 78 ans, portier, faisant souvent des écarts de régime, est entré à l'Hôtel-Dieu le 6 août 1833, pour y être traité d'une rétention d'urine dépendant d'une affection chronique des voies urinaires. Ce malade, à part la gêne et un peu de douleur dans l'excrétion des urines, qui existent depuis trois ou quatre ans, prétend avoir joui constamment d'une santé parfaite, et avoir été très-robuste, comme on peut s'en convaincre à l'inspection du corps, qui, malgré l'âge avancé, a conservé de l'embonpoint et de la vigueur.

Dix jours avant d'entrer à l'hôpital, Thierry s'était vu forcé de recourir à un médecin qui l'avait sondé plusieurs fois et lui avait fait appliquer un vésicatoire sur l'hypogastre.

A son entrée, il n'avait pas uriné depuis 36 heures. Trois litres de liquide ont été retirés de la vessie; une sonde en gomme élastique a été laissée à demeure, de peur de déchirer par un cathétérisme réitéré le canal qui avait déjà été irrité.

Dès qu'une libre issue a été donnée aux urines, le malade n'a plus accusé de douleur dans aucun organe; seulement il s'est plaint d'un état de faiblesse et d'abattement dont il n'a pu lui-même se rendre compte. La peau est

flasque et décolorée, le pouls lent et mou ; inappétence complète sans aucun symptôme d'irritation des voies digestives. L'état du malade n'a présenté aucun changement les jours suivans, si ce n'est que les forces ont toujours été en diminuant.

Le 10, en allant à la garde-robe, il a rendu une matière d'un rouge foncé qui a paru contenir du sang. Les jours précédens, les crachats avaient offert quelques stries sanguinolentes qui avaient été regardées comme provenant des fosses nasales.

Jusqu'alors aucun symptôme alarmant n'avait fait craindre une fin prochaine, mais dans la journée du 12, l'état d'adynamie et de prostration a pris un caractère plus grave; la respiration est devenue plus fréquente et stertoreuse. Des lipothymies, des sueurs froides sont survenues, le pouls s'est affaibli de plus en plus, et le malade a succombé dans la nuit du 12 au 13.

Autopsie faite 30 heures après la mort. — (Je passe sous silence les altérations chroniques de l'appareil urinaire).

Le péritoine était sain, et n'offrait ni adhérence ni épanchement, soit séreux, soit purulent. Le tube digestif renfermait peu de gaz ; l'intestin grêle avait une teinte noirâtre, ardoisée, mais conservait sa consistance et son élasticité. Ce canal a été ouvert depuis le rectum jusqu'à l'estomac : il contenait dans toute son étendue du sang réuni en caillots plus ou moins liés; les dernières portions du colon en contenaient beaucoup plus que le reste du tube intestinal. Ce sang n'a pas été recueilli; on ne peut donc en déterminer qu'approximativement la quantité, qui pouvait bien être de six à sept livres au moins : toute la surface de la muqueuse était imbibée et colorée par ce liquide; mais il n'a été trouvé aucune trace d'inflammation, ni ulcération, ni ramollissement, ni exubérance des follicules de Peyer et de Brunner.

L'estomac, ouvert le long de sa grande courbure, renfermait aussi du sang noir réuni en un seul caillot très-volumineux, pesant au moins une livre et demie, et occupant le grand cul-de-sac de ce viscère. Sa surface interne a été lavée avec soin, et l'on a pu voir facilement à la partie moyenne de la paroi antérieure, à deux pouces à droite et en avant de l'orifice cardiaque, un espace d'un pouce et demi de diamètre dépouillé de membrane muqueuse, offrant dans certains points les fibres musculaires à nu et des détritus de la muqueuse. Dans le fond de cette ulcération est l'orifice béant d'un vaisseau qui, pour cette raison, doit être regardé comme une artère. Par cet orifice, assez dilaté pour permettre l'introduction d'un stylet mince, on pénètre dans un vaisseau que l'on peut suivre par les deux extrémités; il semble tirer son origine de la petite courbure de l'estomac, au-delà de laquelle je n'ai pu le poursuivre, et se porter, en diminuant de volume, de droite à gauche, de haut en bas et d'arrière en avant : il suit dans ce sens un trajet de deux pouces pour arriver au centre de l'ulcération. A partir de ce point, le vaisseau continue à parcourir la face antérieure de l'estomac, mais au-delà de quelques lignes il se divise en deux branches qui se subdivisent de nouveau et se perdent dans le grand cul-de-sac de ce viscère.

La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie dans beaucoup de points, surtout dans la grosse extrémité, et indiquait assez qu'elle avait été le siége d'une inflammation chronique.

L'œsophage et le pharynx contenaient aussi quelques petits caillots sanguins qui venaient sans doute de l'estomac; car la surface de leurs muqueuses était intacte.

Aucune lésion capable d'expliquer la mort n'a été trouvée dans les viscères de la poitrine et de la tête.

La substance cérébrale était pâle, sans injection de vaisseaux et sans traces d'épanchement.

Les poumons étaient fortement distendus par de l'air, et ont fait saillie hors de la poitrine lorsque le sternum a été enlevé. Ces viscères étaient remarquables par leur siccité, l'absence presque complète d'engouement cadavérique à leur partie déclive, et le peu de liquide qui s'est écoulé de leurs incisions.

Le cœur n'offrait qu'une ossification peu avancée de l'orifice aortique, sans hypertrophie ni dilatation. Ses cavités gauches et les gros troncs artériels ne contenaient point de sang, ou tout au plus y voyait-on quelques minces caillots fibrineux. Les cavités droites et les grosses veines poursuivies jusques dans les membres, ont été trouvées vides.

Quelque rares que soient les observations de ce genre, on ne peut, il me semble, se refuser à admettre que l'abondant épanchement sanguin qui s'est fait dans le tube digestif, ait été fourni par le vaisseau trouvé ulcéré dans l'estomac, et que cette hémorrhagie, qui s'est opérée lentement, ait seule donné lieu à la mort. Il est cependant difficile de concevoir comment cette hémorrhagie a pu avoir lieu sans se déceler par quelque symptôme particulier; il est étonnant que la présence d'un corps étranger volumineux dans cette poche n'ait pas déterminé le vomissement, et n'ait alors éclairé le diagnostic : c'est que sans doute l'écoulement du sang a constamment été assez lent pour ne pas trop surcharger l'estomac, et lui donner le temps de se débarrasser par l'orifice pylorique.

J'ai avancé que le vaisseau qui a donné lieu à l'hémorrhagie était une artère; son orifice béant m'a porté à le croire; le sang épanché, il est vrai, était noir et semblait appartenir aux veines; mais il est possible que le séjour de ce liquide artériel ait changé sa couleur.

A côté d'un fait de ce genre, j'en citerai un autre qui s'en rapproche beaucoup; c'est celui d'une jeune personne dans l'œsophage de laquelle séjourna pendant plusieurs

jours une portion de vertèbre de porc qu'elle avait avalée en mangeant des choux. La présence de ce corps étranger détermina une escarre dans laquelle se trouva comprise une artère œsophagienne. A la chute de cette escarre il s'opéra lentement un épanchement de sang dans l'estomac qui s'en débarrassait de temps en temps, soit par le vomissement, soit par les voies inférieures. La malade périt d'épuisement au bout de trois semaines. Comme chez le sujet de l'observation précédente, l'estomac et les intestins contenaient beaucoup de sang en caillots, et l'œsophage présentait une petite ulcération au fond de laquelle se voyait l'artère béante.

Rapport sur l'observation précédente ; par M. BRUN.

M. Monestier considère, avec raison, l'artère ouverte comme la source de l'hémorrhagie ; mais il s'étonne qu'une hémorrhagie, dans laquelle il n'y avait pas moins de huit livres de sang épanché, ne se soit pas décélée par quelque symptôme particulier, comme si la faiblesse générale, la petitesse du pouls, la décoloration de la peau, les lipothymies, le sang rendu par régurgitation, et surtout celui que renfermaient les selles, n'étaient pas des indices qui devaient mettre sur la voie de l'écoulement de sang qui se faisait à l'intérieur. On pouvait bien en méconnaître la source, mais il existait une réunion de symptômes qui devaient attirer l'attention sur les phénomènes qui se passaient dans le canal intestinal. A la vérité il n'y eut pas hématémèse, ce qui est rare lorsque l'hémorrhagie est assez abondante pour causer la mort. Le plus souvent l'estomac se débarrasse par les voies supérieures de la quantité de sang qui le surcharge.

Nous voyons dans cette observation une cause de gastrorrhagie peu fréquente, mais qui nous paraît plus rare qu'elle ne l'est peut-être réellement, par la difficulté de trouver dans les altérations organiques de l'estomac le

vaisseau qui peut avoir fourni le sang. Ici le fait était évident.

Nous y voyons encore un exemple de cette relation intime qui existe entre la muqueuse vésicale et celle du canal intestinal. J'ai remarqué, pendant que j'avais le service des voies urinaires à l'Hôtel-Dieu, que presque tous les individus qui succombaient avec des catarrhes vésicaux chroniques, présentaient des ulcérations dans le canal intestinal.

Hypertrophie du cœur ; ossification des valvules aortiques; anévrysme de l'aorte ; ossification du canal artériel chez un sujet de 60 *ans ; par M.* Viger de Varennès, *interne à la Charité.*

La nommée Welner (Antoinette-Charlotte), âgée de 60 ans, profession de domestique, entra à l'hôpital de la Charité, le 8 décembre 1832.

Cette femme n'avait jamais eu de maladies vénériennes et s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 50 ans. A cette époque les règles ayant cessé de paraître, elle fut prise d'une hémoptysie qui dura 18 mois, la respiration commença à s'embarrasser. Des douleurs précordiales, des palpitations survinrent et augmentèrent bientôt d'intensité ; la malade ne pouvait se livrer à aucun exercice sans être prise de dyspnée et de battemens de cœur. Les jambes s'infiltraient passagèrement chaque soir autour des malléoles. Depuis le mois de février, l'œdème a gagné successivement les jambes, les cuisses, les avant-bras; enfin la malade, ne pouvant plus se soigner chez elle, entra à la Charité le 8.

Le 9, nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Céphalalgie, face remarquablement pâle, langue noirâtre, lisse, augmentée de volume, et comme infiltrée; rien autre chose de remarquable dans les voies digestives. La

percussion nous donne un son mat dans une assez grande étendue de la région précordiale; les battemens du cœur sont obscurs et s'entendent dans toute l'étendue de la poitrine, ils sont assez réguliers; le bruit de soufflet est très-marqué dans presque tout le côté gauche du thorax, du reste pas de bruit de râpe; le son est mat dans la partie inférieure et postérieure de la poitrine; la respiration est gênée et s'entend à peine; la voix est entrecoupée, la parole brève.

Le pouls radial est nul, le pouls carotidien est dur, lent, mais régulier et sans intermittence. Les membres inférieurs sont infiltrés, les cuisses sont comme marbrées de couleur violacée sur le trajet de veines superficielles; il y a un peu de fluctuation dans l'abdomen; les membres supérieurs sont infiltrés seulement jusqu'au coude. (20 sangsues à la région du cœur).

10 décembre, le bruit de souflet est un peu moins marqué qu'hier, la malade est dans la plus grande faiblesse, elle peut à peine se tenir sur son séant pendant qu'on l'ausculte. Du reste mêmes phénomènes observés que la veille. Mort le 10 dans la nuit.

Autopsie le 11, dix heures après la mort. — Le cœur est fortement dévié à gauche, le poumon est refoulé par cet organe et par un verre de sérosité; la plèvre droite, le péricarde contiennent aussi une petite quantité de ce liquide; ces membranes sont d'ailleurs exemptes d'inflammation. Le cœur a près de trois fois le volume du poing du sujet; les parois du ventricule gauche ont un pouce d'épaisseur environ, celles du ventricule droit ont leur épaisseur normale, de sorte que l'hypertrophie consiste surtout dans la dilatation de toutes les cavités, et spécialement du ventricule gauche. — Les valvules aortiques sont complètement ossifiées, et laissent entre leur sommet une ouverture qui permet à peine le passage d'une plume à écrire; elles sont immobiles; deux d'entre elles sont soudées par leur bord

ordinairement libre, et en dehors du cœur on sen acilement l'ossification; les autres orifices du cœur sont libres. L'aorte, après avoir fourni les artères brachio-céphalique et carotide gauche, présente en face de la naissance de la sous-clavière gauche un éperon qui devait opposer un obstacle au cours du sang; au-dessous de lui, vers sa partie concave, l'aorte présente une dilatation qui pourrait loger une grosse cerise; le fond de cette espèce de cavité est occupé par une plaque osseuse assez épaisse, au centre de laquelle vient s'insérer le canal artériel, ossifié lui-même dans les deux tiers de sa longueur. Ce canal a dû persister pendant assez long-temps après la naissance : car à son origine dans l'artère pulmonaire, on trouve un petit pertuis qui laisse pénétrer un stylet fin à une ligne environ ; ce qui prouve aussi que l'ossification de ce canal a dû commencer par la plaque de l'aorte. Ce vaisseau offre encore, près de sa crosse, de petites taches blanches que l'on croit généralement devoir s'ossifier plus tard, son calibre et sa couleur sont à l'état normal dans tout le reste de son étendue. Le sommet du poumon droit est dur, grisâtre; il contient ainsi que le gauche un assez grand nombre de caillots apoplectiques récens; le dernier est en outre diminué de volume et plus dense que le droit.

Le foie est augmenté de volume, la substance jaune paraît surtout hypertrophiée : les voies biliaires sont libres.

La rate est ramollie, réduite en une bouillie noirâtre.

La membrane muqueuse de l'estomac contient quelques ecchymoses; tous les intestins sont rougeâtres et présentent l'injection que l'on trouve ordinairement avec les maladies du cœur, et qui n'est que passive. Le cerveau et les reins n'offrent rien de particulier. — Deux choses sont surtout remarquables sur cette pièce : 1° l'ossification des valvules ; 2° la persistance et l'ossification du canal artériel. Quant à l'ossification des valvules aortiques, on en trouve des exemples dans tous les auteurs. Corvisart cite l'observation d'un

homme chez lequel les trois valvules sigmoïdes étaient complètement ossifiées; l'une d'elles cependant était assez mobile pour permettre l'aggrandissement de l'orifice ventriculo-aortique. — Dans l'ouvrage de M. Bertin, on trouve un cas très-remarquable d'ossification de ces mêmes valvules, dont une avait acquis la grosseur d'un œuf de pigeon; cette altération n'est donc pas très-rare, mais elle est rarement portée au degré où nous la trouvons ici.

Le canal artériel a été trouvé quelquefois persistant longtemps après la naissance. MM. Deschamps, Fouquier, en France, Mouro en Angleterre, en ont publié des exemples, mais dans tous ces cas le trou de Botal n'était pas oblitéré, en sorte que les symptômes observés se rapportaient à cette dernière altération.

Le peu de temps pendant lequel nous avons pu observer notre malade, nous met dans l'impossibilité de savoir si la lésion de l'aorte s'est manifestée par quelques signes particuliers; tout ce que nous avons vu peut assez bien se rapporter à l'ossification des valvules et au rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique; ils rendent assez bien compte du bruit de soufflet et de la lenteur du pouls. Quant à la suppression du pouls radial, on ne peut rien en conclure, à cause de l'infiltration des avant-bras. L'obscurité et la grande étendue des battemens du cœur avaient été déjà donnés par Corvisart, comme signe d'une hypertrophie considérable, que cet illustre professeur appelait *cor bovinum*; aussi avait-on bien diagnostiqué l'augmentation de volume de cet organe et le rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique.

Rapport sur l'observation précédente; par M. Pigeaux.

Vous avez chargé M. Camus et moi de vous rendre compte d'une observation d'affection du cœur qui vous a été lue par M. Viger, interne de la Charité, pour obtenir l'avantage de faire partie de votre Société.

Passant sous silence les détails de cette observation, qui n'offre rien que de très-ordinaire et que vous n'ayez encore présent à la mémoire, je vous demanderai la permission d'insister sur quelques particularités signalées par M. Viger, mais dont il ne paraît pas avoir senti toute l'importance, je veux parler des causes de la mort du sujet de l'observation. M. Viger ne paraît pas éloigné de penser que sa malade a succombé aux suites ordinaires de l'affection du cœur dont il vous a présenté la pièce. Sans nier la part active et principale qu'a prise la maladie du cœur dans cette circonstance, je crois cependant que cette affection qui durait depuis environ dix ans avait revêtu une forme trop essentiellement chronique pour avoir pu seule déterminer une mort aussi prompte.

Tout autre est, je pense, le rôle qu'a joué le poumon dans l'observation signalée. L'induration grisâtre et l'infiltration de noyaux apoplectiques de récente formation, bien que l'examen malheureusement trop superficiel de la malade n'ait pas permis de reconnaître par l'auscultation l'embarras de la respiration; d'autres phénomènes mentionnés par M. Viger ne permettent pas de douter que cet embarras n'ait existé, et qu'une exploration plus attentive n'eût pu le faire reconnaître et faire modifier le traitement qui lui fut opposé. La malade de M. Viger était arrivée à ce point des affections du cœur qu'on peut supporter très-long-temps sans grand préjudice, lorsqu'il ne se complique pas d'autres affections, qui bien légères en apparence, ont une gravité remarquable à cause de la faiblesse générale dans laquelle ils surprennent les individus.

Ce n'est qu'insensiblement, et par une marche tellement lente qu'elle imite presque le cours naturel de la vie, que les affections apyrétiques du cœur minent les jours de ceux qui en sont atteints. Les complications méritent donc toute l'importance qu'on attache ordinairement aux exaspérations dont l'affection du cœur s'accompagne alors.

Cette observation et la pièce pathologique qui vous a été présentée, examinées avec attention, vous ont dû aussi faire apprécier le degré d'étroitesse que peut acquérir l'origine du plus grand vaisseau, sans nuire complètement à la circulation, lorsque la dimension de son diamètre s'est insensiblement resserrée.

Bien que les auteurs ne fourmillent pas de cas semblables et qu'on puisse encore les compter (au moins dans les auteurs), ils ne sont cependant pas extrêmement rares dans les hôpitaux réservés aux vieillards; la Salpétrière et les Incurables m'en ont offert plusieurs cas qui vous ont été présentés; un d'eux surtout, soumis depuis long-temps à mon examen sans que j'aie pu constater une notable gêne dans la circulation, étant mort de la rupture d'une artère ossifiée de la base du cerveau, me présenta un des rétrécissemens les plus considérables que j'aie jamais vus de l'orifice ventriculo-aortique. De pareilles observations sont bien faites pour modifier au moins l'importance que nous attribuons généralement, sans restriction, aux altérations organiques, comme agens immédiats des symptômes observés pendant la vie; combien aussi ne doivent-elles pas rendre moins absolue l'opinion, généralement professée, qui place la circulation artérielle, capillaire et veineuse, sous l'influence presque unique de l'action du cœur.

La persistance du canal artériel, même réduit aux dimensions d'une plume de corbeau, n'est pas une chose commune; cependant ici l'ossification dont ses parois sont le siége, sa perméabilité dans les endroits qui ne le sont pas, feraient penser que cette anomalie a existé dans le sujet de cette observation, et sans apporter de notables modifications dans la circulation; c'est une circonstance dont il faut tenir note, sans vouloir y attacher trop d'importance, à cause du doute qu'on ne peut s'empêcher de conserver même après l'inspection de la pièce.

Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée-artère ; par M. REIGNIER, *interne à l'hôpital Beaujon.*

Le nommé N., âgé de 36 ans, d'une très forte constitution, jouissait habituellement d'une bonne santé, (c'est du moins les renseignemens que nous avons pu obtenir), lorsqu'il fut pris le 11 mars 1833 d'un crachement de sang, à la suite d'une violente colère. Il entra le jour même à l'hôpital Beaujon, et y fut saigné deux fois. Le sang rejetté par le malade était assez abondant, d'une teinte rouge vermeille, mêlé à des bulles d'air et à du mucus. L'auscultation de la poitrine faisait reconnaître un râle muqueux très-considérable dans les deux poumons; la respiration était fort embarrassée et la suffocation imminente; une toux quinteuse, en faisant rejetter le sang qui obstruait la trachée et le larynx, rendait le calme pour quelques instans; la main appliquée sur la région du cœur ne fit rien découvrir à M. Renauldin, et l'on soupçonna seulement la maladie. Malgré les saignées, les sinapismes, les boissons fraîches et astringentes, le malade succomba dans un état d'asphyxie, déterminé évidemment par le sang qui remplit les voies aëriennes. Cette hémoptysie avait duré environ 36 heures.

A l'autopsie, on trouva les poumons gorgés de sang, comme dans un état d'apoplexie. Les grosses bronches et la trachée-artère en renfermaient également une grande quantite. — Une caverne tuberculeuse trouvée au sommet d'un des poumons, et remplie par du sang caillebotté, fut regardée dès l'abord comme la source de l'hémorrhagie, mais on découvrit en même temps un anévrysme de la crosse de l'aorte qui s'était ouvert dans la trachée artère. Il n'en fallut pas davantage pour expliquer cette mort presque subite.

La tumeur, du volume du poing environ, était formée aux dépens de la crosse de l'aorte dilatée. Ses parois étaient intactes en avant, et formées par l'artère; en arrière, on

voyait un caillot fibrineux, au-dessous duquel la trachée-artère était à nu dans une étendue de trois pouces au moins; le caillot très-épais dans la plus grande partie de son diamètre était formé de plusieurs couches fibrineuses superposées qui adhéraient peu à la trachée; la surface qui était baignée par le sang était rougeâtre et pulpeuse. Un des points qui correspondaient à la partie inférieure de la trachée-artère était érodé, mince, pulpeux et percé de deux à trois trous qui étaient en rapport avec deux déchirures de ce canal.

La trachée-artère, vue du côté de l'anévrysme, présentait une série de dix cerceaux cartilagineux desséqués et séparés les uns des autres, sans aucune altération dans leur forme ni dans leur texture. La membrane fibreuse qui leur sert de soutien était entièrement détruite. A ne s'en tenir qu'aux apparences, on aurait cru qu'il existait une perforation entre chaque cerceau; mais après avoir fendu la trachée par sa face postérieure, on découvrait que deux petites ouvertures à la membrane muqueuse, une près de la racine de la bronche gauche, l'autre un peu plus haut. Chacune de ces ouvertures n'a pas plus d'une ligne de diamètre, la membrane muqueuse est rouge, granuleuse et un peu ramollie dans les points déchirés.

Les vaisseaux qui partent de la crosse de l'aorte n'ont subi presqu'aucun déplacement, l'aorte descendante offre çà et là quelques plaques calcaires. On en rencontre également quelques-unes à la surface interne de la tumeur anévrysmale dans l'endroit où les tuniques sont conservées.

L'œsophage n'avait pas éprouvé de déplacement, mais il devait être comprimé par la tumeur; les autres organes étaient sains.

Cette observation, qui offre peu d'intérêt sous le rapport du diagnostic, puisque le malade a été peu observé et que la maladie n'a pas été reconnue, ne laisse pas que d'être très-importante pour l'histoire des anévrysmes de la

crosse de l'aorte. Ainsi l'on peut signaler le mode de rupture de cette tumeur dans la trachée-artère. Les deux ouvertures étroites que nous avons indiquées n'ont pu fournir assez de sang pour faire périr le malade subitement, soit d'hémorrhagie, soit d'asphyxie. Ce n'est que lorsque l'hémorrhagie est devenue plus abondante, ou que les bronches et les vésicules pulmonaires ont été tout-à-fait obstruées par le sang, que l'individu a succombé.

Un autre malade, chez qui l'anévrysme s'était ouvert dans la bronche gauche, mourut subitement, et à l'autopsie on trouva une large communication entre la tumeur anévrysmale et les voies aériennes. Quant à la nature des lésions anatomiques, nous voyons confirmé ce que les auteurs ont avancé, c'est-à-dire que les tissus cartilagineux résistent beaucoup à l'impression du sang dans les tumeurs anévrysmales; mais nous trouvons aussi que dans ce cas particulier la membrane fibreuse de la trachée a beaucoup moins résisté que les cerceaux cartilagineux, quoique M. Chomel ait dit, dans l'article *Anévrysme de l'aorte* du *Dictionnaire en 21 volumes*, que ces cerceaux comme corps durs étaient plutôt détruits que les membranes qui les unissent.

Nous voyons dans ce cas, ce que du reste on observe tous les jours dans les anévrysmes anciens, que la poche anévrysmale n'est plus formée par les tuniques artérielles dans une étendue assez grande. C'est ainsi que j'ai trouvé, dans mes dissections de cet hiver, un anévrysme par dilatation de la crosse de l'aorte, sans déchirure mais avec une petite poche partielle développée sur la tumeur principale, et un autre anévrysme de l'aorte descendante pectorale sur le même sujet, qui avait usé le corps de deux à trois vertèbres jusqu'au canal rachidien. Le sang inondait ces anfractuosités osseuses et la dure-mère de la moelle sans aucune membrane interposée.

Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert, 1.° dans le médiastin antérieur; 2.° dans la plèvre droite; mort. — Par M. Reignier, *interne à l'hôpital Beaujon.*

Un homme de 50 ans environ, ayant été long-temps militaire, se plaignait depuis quelque temps de douleurs dans les bras que l'on prit pour des douleurs rhumatismales, et que l'on combattit par des bains de vapeur. Entré à l'hôpital de la Charité, il se plaignit en outre d'un étouffement qui le fatiguait beaucoup. On explora les organes de la poitrine, et l'on reconnut des battemens très-forts au niveau du sternum. Ces battemens, simples et isochrones à ceux du pouls, étaient accompagnés d'un bruit de soufflet bien marqué; on voyait du reste une tumeur assez saillante soulever la paroi antérieure de la poitrine à chaque pulsation du cœur. Nul doute que l'on n'eût affaire à un anévrysme de la crosse de l'aorte. Le malade fut saigné deux fois, et on le soumit à l'usage de l'acétate de plomb à l'intérieur. On n'observa pas de changement dans le volume de la tumeur ni dans son impulsion; mais il fut nécessaire d'interrompre l'acétate de plomb pendant quelque temps, à cause d'une irritation qu'il déterminait sur l'estomac. Enfin ce malade, dont la santé générale s'affaiblit de jour en jour par les douleurs que lui causait la maladie, mourut subitement au moment où il remontait du parquet sur son lit.

On ouvrit le corps trente heures après, et l'on vit que la plèvre du côté droit était remplie par une grande quantité de sang qu'on évalue environ à trois livres.

On découvrit au-devant de la racine du poumon une ouverture à la plèvre, d'un demi-pouce de diamètre, irrégulière sur ses bords, et qui conduisait dans une espèce de poche formée aux dépens du médiastin antérieur. Cette poche accidentelle et récente, comme on pouvait s'en aper-

cevoir, communiquait par une autre ouverture de six lignes environ d'étendue, placée deux pouces plus haut que la première, avec une très-vaste tumeur anévrysmale développée dans le médiastin au-devant de la crosse de l'aorte et de la base du cœur. Cette tumeur adhérait très-fortement au sternum; il semblait même qu'il n'existait plus qu'une simple pellicule qui séparât le sang de la surface osseuse.

La surface interne de la tumeur était lisse, jaunâtre, sans aucune trace de dépôt fibrineux : elle communiquait, d'une part, avec le médiastin, par l'ouverture que nous avons signalée; en arrière elle communiquait avec la partie antérieure de la crosse de l'aorte, par une autre ouverture large et arrondie comme une pièce de trente sous, à bords lisses, durs, et sans aucunes traces de démarcation entre la tunique interne de la crosse et celle de la tumeur, de sorte qu'on eût dit qu'il n'avait existé aucune rupture de la tunique interne, et que, par conséquent, l'anévrysme était de ceux qu'on nomme *vrais primitifs.* La dissection de la tumeur n'ayant pas été faite devant moi, je ne puis signaler que mes conjectures.

Quoi qu'il en soit, il était évident que la tumeur devait être fort ancienne, quoiqu'elle ne contînt pas de concrétions fibrineuses; que la circulation s'y faisait avec grande facilité à cause de l'ouverture large par laquelle elle communiquait avec l'aorte, et de l'état lisse des parois de la tumeur et des bords de l'ouverture qui ne gênaient en rien le cours du sang.

Les branches qui naissent de la crosse de l'aorte étaient à l'état naturel; il en était de même du reste du système artériel; on remarquait quelques plaques calcaires vers le grand sinus de l'aorte qui était fortement dilaté. Le ventricule gauche était hypertrophié. Cette observation peut suggérer plusieurs remarques très-importantes.

1.° L'anévrysme de l'aorte pectorale n'est le plus sou-

vent annoncé dans les premiers temps de son existence, que par des symptômes de compression sur les organes, douleurs nerveuses, troubles de la respiration et de la circulation.

2.° La tumeur après avoir épuisé, pour ainsi dire, toute l'extensibilité des tissus avec lesquels elle est en contact, finit par se rompre, et le malade peut mourir subitement.

3.° Dans ce cas, deux causes ont concouru à tuer le malade : l'hémorrhagie et la compression subite des poumons.

4.° D'après l'examen de la tumeur, je suis porté à la regarder comme le résultat d'une dilatation sans déchirure préalable.

5.° Il est remarquable que dans une tumeur aussi ancienne et aussi volumineuse, il ne se soit pas trouvé de couches fibrineuses sur les parois du sac ; ce qui est dû à la circulation facile qui se faisait dans cet anévrysme.

6.° Quant à la thérapeutique, il faut commander le repos presque absolu et une diète sévère aux individus affectés d'anévrysmes ; car c'est souvent par un effort que se fait la rupture des tumeurs anévrysmales.

7.° Il est probable qu'aucun moyen n'aurait pu parvenir à guérir cette tumeur anévrysmale. L'ouverture de communication étant trop large et trop bien organisée, on ne pouvait qu'opposer un traitement palliatif, en ralentissant le cours du sang par les saignées et autres moyens connus, et en recommandant au malade le plus de calme possible.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De la section du tendon d'Achille, comme moyen curatif du pied-bot; par le docteur L. Stromeyer, *professeur de chirurgie, etc.* (1) *Traduit de l'allemand par le docteur* G. Richelot.

La section des tendons, comme moyen curatif de certaines difformités, avait déjà été proposée; mais à Delpech appartient l'honneur de l'avoir tirée de l'oubli et de l'avoir soumise à des règles. Suivant lui, (2) le tendon à diviser ne doit point être mis à nu; la section ne doit point en être faite à travers une incision parallèle de la peau, car on s'exposerait à voir le tendon s'exfolier. Aussitôt après la division du tendon, on doit mettre les deux bouts en contact et les y maintenir par un appareil convenable jusqu'à leur consolidation; cette réunion ayant lieu par l'interposition d'une substance fibreuse de nouvelle formation, il faut, avant que cette substance n'ait obtenu toute sa solidité, lui donner l'alongement qui manque aux muscles, au moyen d'une extension augmentée graduellement; enfin, quand on a obtenu cet alongement, il faut maintenir la partie dans sa position, jusqu'à ce que la substance intermédiaire ait acquis toute sa solidité.

Tels sont les principes d'après lesquels l'opérateur doit agir. Toutefois le chirurgien de Montpellier ne paraît pas avoir rempli d'une manière complète les indications qu'il avait posées lui-même. Dans l'observation qui est décrite dans son ouvrage, il fit la section du tendon d'Achille, sur un jeune homme de neuf ans, de la manière suivante :

(1) *Rust's Magazin*, 39.e vol., 2.e partie, p. 195.
(2) *Orthomorphie*, t. II, p. 550.

le malade étant couché sur le ventre, il enfonça un bistouri derrière le tendon d'Achille, de manière à ce qu'il en résultât, de chaque côté du tendon, une plaie de la longueur d'un pouce. Il retira immédiatement l'instrument, et porta dans la plaie un couteau convexe dont le tranchant était tourné vers le tendon; par ce moyen, il divisa le tendon transversalement par derrière, sans intéresser la peau située au-dessus de lui. Mais par cette opération l'exfoliation du tendon ne fut point évitée. Les côtés du tendon étant devenus adhérens au fond des cicatrices, qui ne se formèrent que lentement à cause de la suppuration, les mouvemens et la flexion du pied donnaient lieu à des tiraillemens de la peau; d'ailleurs ce procédé était extrêmement douloureux.

Le docteur L. Stromeyer a modifié de la manière la plus ingénieuse le procédé opératoire de Delpech, et en a retiré des succès remarquables qui sont consignés dans les deux observations suivantes.

Obs. Ire. — Georges Ehlers, âgé de 19 ans, avait été atteint dans sa quatrième année, sans cause connue, d'une déviation du pied gauche, qui avait augmenté progressivement. D'abord les moyens thérapeutiques et les appareils employés avaient procuré un peu d'amélioration, mais ensuite la maladie fit des progrès tels que la marche devint tout-à-fait impossible. Les excoriations et même les suppurations profondes qui furent le resultat des tentatives de redressement, entraînèrent la carie du cinquième os métatarsien dont la guérison se fit attendre pendant plusieurs années. Les parens renoncèrent alors à tout traitement, et ils firent faire à leur fils, âgé à cette époque de 14 ans, une jambe de bois qui prenait son point d'appui sur la tuberosité sciatique, et qui était fixé à la jambe par des courroies et des boucles. Muni de cet appareil, le jeune homme pouvait marcher passablement, quoique lentement, en s'appuyant sur un bâton dans les temps secs, et sur une béquille dans les temps humides.

Lorsqu'il consulta le docteur Stromeyer en octobre 1830, il présentait du côté gauche un pied-bot au plus haut degré. Les orteils étaient fortement recourbés en dedans et en bas; le bord externe du pied était tout entier sous l'axe de la jambe, et tout le pied était dans une telle extension due à la contraction des muscles gastrocnémiens, que les bords du pied formaient une ligne droite avec la face antérieure de la jambe. Au-dessus du bord externe du pied se trouvaient les traces de deux callosités, qui s'y étaient formées lorsque le malade appuyait sur cette partie en marchant, au début de la maladie. Sur le cinquième os métatarsien était une cicatrice longue d'un pouce, adhérente à l'os. La mobilité du pied était extrêmement bornée. La jambe était très-amaigrie. Le mollet, qui s'était retiré en haut dans le pli du jarret, était à peine sensible si l'on ne faisait mouvoir les muscles qui le constituent, en imprimant des mouvemens au pied. L'usage continué pendant cinq ans de la jambe de bois avait déterminé, dans l'articulation du genou, une déviation considérable en dehors. La jambe droite était vigoureusement musclée; cependant le pied droit offrait une convexité dorsale considérable qui le faisait paraître raccourci et lui donnait de la ressemblance avec le *pied-équin*; cette forme n'avait jamais eu aucune influence fâcheuse sur ses fonctions. L'auteur cite ce dernier phénomène, parce qu'il prouve, suivant lui, que la cause du pied-bot a son siége dans la moelle épinière.

La mobilité qui existait encore dans l'articulation du pied, et la ferme résolution du jeune homme, décidèrent le docteur Stromeyer à faire de nouvelles tentatives. L'usage des appareils extenseurs n'eut pour effet, au bout de trois mois, que le développement de la plante du pied, et une amélioration dans la position de ses bords. Lorsqu'on voulut employer une plus grande force, il se fit à la plante du pied des excoriations longues à guérir. Ce fut alors qu'on recourut à la section du tendon d'Achille, comme dernière ressource.

L'opération fut faite le 28 février 1831 : le malade étant assis sur une table, devant l'opérateur, et lui présentant le côté gauche, un aide fixa le genou, un autre saisit le pied et le fléchit de manière à ce que le tendon fût fortement tendu. Un bistouri pointu, très-étroit, et recourbé de manière à ce que le tranchant offrît une convexité, fut enfoncé deux pouces au-dessus de l'insertion du tendon, entre celui-ci et le tibia ; le dos du bistouri étant tourné vers l'os, et le tranchant vers le tendon, celui-ci fut divisé par l'introduction de l'instrument; cette division se fit avec bruit. L'indication de faire les plaies extérieures aussi petites que possible, afin d'éviter l'entrée de l'air, l'exfoliation du tendon et la suppuration, fut parfaitement remplie, car la pointe seule du bistouri traversa du côté opposé, sans faire de plaie saignante, et la plaie d'entrée n'avait que la largeur de la lame. La section du tendon fut favorisée par l'extension qu'un aide lui faisait subir au moyen d'une flexion énergique du pied. L'écoulement de sang fut tout-à-fait insignifiant. Le retrait du tendon fut très-peu considérable; cependant, par la flexion du pied, il y avait un écartement de trois-quarts de pouce entre les deux bouts, sans que la forme du pied en fût sensiblement améliorée. Dans l'extension du pied, cet intervalle disparaissait et les bouts du tendon se trouvaient en contact. Les deux petites plaies furent fermées avec deux mouches de taffetas d'Angleterre. On plaça de chaque côté du tendon une compresse longuette (*longuetten*) étroite, maintenue par les premiers tours d'une bande, qui entoura le pied en 8 de chiffre et était destinée à le maintenir dans l'extension. L'emploi d'une attelle ne fut pas jugé nécessaire, parce que l'atrophie des muscles ne faisait craindre aucun déplacement des bouts du tendon. Le membre fut appuyé sur un coussin.

Le 3e jour, les plaies étaient guéries; les bouts du tendon semblaient un peu gonflés et sensibles au toucher; à la malléole interne, il s'était fait une petite ecchymose. Les

mouvemens imprimés au pied n'avaient aucune influence sur le bout supérieur.

Le 6e jour, l'ecchymose s'était dissipée. Les bouts du tendon s'étaient réunis, de telle sorte que les mouvemens imprimés au pied avec précaution, mettaient en mouvement le bout supérieur du tendon. Le gonflement correspondant à la réunion des deux bouts était à peine notable; cependant cet endroit était encore le siége d'une vive sensibilité.

Le 10e jour après l'opération, cette sensibilité avait en grande partie disparu; les deux bouts étaient déjà réunis si solidement, que le malade pouvait, par les mouvemens volontaires du pied, mettre en activité les muscles gastro-cnémiens, et tendre le tendon d'Achille. Le toucher ne faisait reconnaitre qu'imparfaitement l'écartement qui existait entre les deux bouts.

Le docteur Stromeyer pensa que le moment était venu d'exercer l'extension de la substance fibreuse intermédiaire, et il appliqua son appareil dont la description est donnée ci-après. D'abord le pied forma avec la jambe un angle très-obtus; et la machine extensive ne fut mise en jeu qu'avec la plus grande précaution, dans la crainte de déchirer les nouvelles adhérences et de causer de la douleur dans le lieu de la cicatrice. Au bout d'une semaine, on put tourner la vis plus fréquemment sans causer de douleur. Huit semaines après l'opération, le pied se tenait à angle droit avec la jambe. A cette époque le malade porta un brodequin, muni au côté externe d'une tige de fer, qui était interrompue par une charnière au niveau de l'articulation du pied. A cette charnière se trouvait une vis, dont les tours pouvaient diminuer l'angle que le pied faisait avec la jambe, sans ôter à la charnière sa mobilité. Avec ce brodequin, le malade put aussitôt marcher dans sa chambre en s'appuyant sur un bâton. Cependant, comme la jambe était affaiblie par une inactivité de plusieurs années, elle se fatigua très-

promptement et s'œdématia. Depuis cè moment, il fit des exercices quotidiens, d'abord dans la chambre et ensuite dans le jardin, et acquit tant de force et d'assurance que, quatorze jours après les premiers essais, il pût faire un trajet d'un quart de lieu et revenir. D'abord il portait la machine à extension toutes les nuits, et le brodequin pendant le jour; mais comme l'application de cette machine était pénible à cause du gonflement œdémateux qui s'était établi par suite de la marche, il porta le brodequin jour et nuit, ne l'ôtant que deux fois par jour, pour frotter le pied avec de l'alcohol camphré. La nuit, au moyen de la vis, on diminuait l'angle que formait le pied avec la jambe.

Le toucher n'indiquait point d'une manière précise la longueur de la substance intermédiaire de nouvelle formation, parce que les points où elle commençait n'étaient point appréciables; et l'on ne sentait que le tendon fut moins gros, qu'au niveau même de sa section. Le pied se plaçait de lui-même à angle droit. Cependant le gonflement œdémateux ne céda qu'au bout de deux mois aux lotions et aux bains spiritueux. Les muscles gastrocnémiens gagnèrent en volume pendant ce temps, mais ils restèrent situés beaucoup plus haut qu'à la jambe droite, ce qui prouve que le redressement du pied n'était point dû à l'alongement des muscles, mais bien à celui de la substance tendineuse intermédiaire. La déviation du genou disparut avec une rapidité surprenante; il n'en existait aucune trace six mois après l'opération.

Lorsque le docteur Stromeyer rédigeait cette observation, il s'était écoulé un an et demi depuis l'opération; la forme du pied n'avait cessé de s'améliorer. Il possédait sa direction normale, sans inclinaison de la pointe en dedans; le volume de la jambe, quoiqu'inférieur à celui de la jambe droite, avait beaucoup augmenté. La tendance à l'œdème avait entièrement disparu. Déjà depuis six mois, le jeune homme n'avait plus besoin du brodequin muni d'une tige de fer. Il marchait avec une botte ordinaire, sans

bâton, et sans que l'on pût à sa démarche soupçonner l'état antérieur de son pied, car il le posait à terre, sans effort, en dirigeant la pointe en avant, même en marchant rapidement.

Une contusion déterminée, dans le courant de l'été précédent, par la pression d'une botte neuve et étroite, força le jeune homme à garder le repos pendant quelques semaines. Cependant la position du pied n'en fut altérée en rien, ce qui prouve que la substance intermédiaire n'avait aucune tendance à se rétracter, et que la guérison pouvait être considérée comme solide.

Obs. IIe. — M. B. Blumenthal, âgé de 32 ans, ayant appris les heureux résultats obtenus dans le cas précédent, vint consulter le docteur Stromeyer en mai 1832, pour un pied-bot du côté gauche. La maladie avait pour origine des convulsions que Blumenthal avait eues à l'âge d'un an et demi; elle avait augmenté peu-à-peu, sans toutefois l'empêcher de marcher dans les premiers temps; aussi avait-il pu se livrer au commerce des bestiaux. Mais plus tard, la marche était devenue difficile, et même si douloureuse, qu'il était obligé de garder le lit de temps en temps. Une hernie du côté droit vint, en 1831, compliquer l'état de ce malade, et le forcer à renoncer à toute fatigue.

Lorsqu'il consulta le docteur Stromeyer, son pied-bot avait presque atteint le dernier degré. Le bord externe du pied était tellement dévié en bas et en dedans, ainsi que les orteils, qu'il appuyait en marchant sur le dos du pied, où il s'était formé une callosité épaisse et cornée. La pointe du pied complètement dirigée en dedans, venait, dans la marche, écorcher la peau qui recouvre la malléole interne du côté opposé. Le talon attiré en haut ne portait plus sur le sol. Le tendon d'Achille était moins gros que celui du côté sain; les muscles n'avaient pas beaucoup perdu de leur volume, mais ils étaient placés plus haut dans le pli du jarret. Les articulations étaient encore mobiles, tant par la

volonté que par une impulsion étrangère, toutefois les mouvemens du pied étaient extrêmement bornés. Cette mobilité, le peu d'atrophie de la jambe, la ferme volonté du malade, etc., décidèrent le docteur Stromeyer à tenter l'opération de la section du tendon d'Achille.

Avant de procéder à l'opération, le docteur Stromeyer enleva l'épiderme induré qui recouvrait le dos et le bord du pied, et qui avait en quelques endroits l'épaisseur d'un quart de pouce, puis, après avoir enveloppé le pied dans un bas de laine, il le plaça dans un appareil extenseur. Il avait seulement pour but de replacer le pied sous l'axe de la jambe. Ce ne fut qu'après avoir obtenu ce premier résultat, le 12 juin 1832, qu'il pratiqua la section du tendon.

L'opération fut faite comme dans le cas précédent, si ce n'est que le bistouri fut enfoncé à trois pouces au-dessus de l'insertion du tendon, afin d'éloigner autant que possible des plaies la compression de l'appareil. Le tendon étant d'ailleurs plus gros que chez le premier malade, la simple introduction du bistouri ne suffit pas pour en opérer la section, il fallut faire sortir celui-ci d'un demi pouce en-dehors du côté opposé; la section du tendon se fit avec un craquement non équivoque. Après cette division, quand on cherchait à fléchir le pied, dont la forme n'en était aucunement modifiée, les deux bouts du tendon étaient écartés l'un de l'autre d'environ un demi-pouce; par la tension du pied, ils étaient amenés à un contact immédiat. Les deux plaies extérieures, qui n'avaient que la largeur du bistouri, et qui ne donnèrent qu'une hémorrhagie insignifiante, furent réunies à l'aide d'un agglutinatif. Chez ce malade toutefois, à cause du développement des muscles de la jambe, on plaça une forte attelle courbe sur la nouvelle face antérieure du pied, afin de prévenir tout mouvement volontaire. Peu de temps après l'opération, et principalement dans la nuit suivante, le malade éprouva dans le mollet des crampes

qui se renouvelaient quand il s'endormait, et qui le forcèrent de rester éveillé toute la nuit.

Le deuxième jour, les bouts du tendon ne se touchaient point. Pour prévenir les contractions musculaires, on plaça une bande roulée dans toute l'étendue de la jambe; mais ce moyen échoua complètement, et la nuit se passa comme la précédente. Cet insuccès décida le docteur Stromeyer à renoncer à la bande roulée, et à se borner à l'attelle. Les crampes ne se renouvelèrent pas.

Le cinquième jour, les plaies étaient cicatrisées, et les deux bouts du tendon réunis, comme on pouvait s'en assurer en imprimant des mouvemens au pied. Mais, pour donner le temps à la réunion de devenir plus solide, ce ne fut que le dixième jour que l'on plaça l'appareil extenseur. Sous l'influence de cet appareil, la position du pied s'améliora si rapidement, qu'au bout de la cinquième semaine le pied formait un angle droit avec la jambe. Le malade fut mis alors à l'usage du même brodequin que le sujet du cas précédent; mais chez lui, l'application n'en fut rendue douloureuse par aucun œdème. Dans le commencement, l'exercice déterminait de la douleur au lieu de la cicatrice, cette douleur ne tarda pas à disparaître.

Dix semaines environ après l'opération, époque où le docteur Stromeyer perdit de vue son malade, le pied formait un angle droit avec la jambe; la plante du pied appuyait horizontalement sur le sol dans la marche. Le dos du pied était encore très-convexe; ce qui était dû manifestement à une courbure du métatarse; lorsque le malade marchait avec attention, il portait le pied en dehors; lorsqu'il marchait vite, la pointe du pied se déviait un peu en dedans, mais n'allait point jusqu'à heurter celui du côté opposé. Les muscles du mollet avaient augmenté de volume d'une manière notable, mais ils étaient encore situés plus haut qu'à la jambe droite. Comme dans le cas précédent, il était impossible d'apprécier la longueur exacte de la substance in-

termédiaire qui cependant semblait plus mince à l'endroit de la section que chez l'autre malade.

Dans ces deux observations, dont la seconde a été abrégée à cause de sa grande similitude sous plusieurs rapports avec la première, on voit le talent et la persévérance triompher, dans un intervalle de temps assez limité, d'une difformité que l'on aurait pu raisonnablement regarder comme incurable, tant par son ancienneté que par une foule d'autres circonstances défavorables.

L'appareil extenseur imaginé par le docteur Stromeyer se compose d'une attelle un peu plus longue que la jambe et terminée inferieurement par une échancrure arrondie, destinée à loger la partie de la jambe qui correspond aux plaies extérieures et à celle du tendon, ainsi que la saillie formée par le talon. Entre les deux montans qui limitent l'échancrure de chaque côté, est située une semelle de bois mobile, et pouvant par conséquent former avec l'attelle des angles plus ou moins aigus à volonté. Tout-à-fait en bas, les deux montans sont réunis par une espèce de treuil ou cylindre mobile, muni à l'une de ses extrémités d'une roue dentée et que l'on fait tourner à l'aide d'un petit levier. Une corde, qui passe au dessous de la semelle de bois, vers son tiers antérieur, remonte de chaque côté, se réfléchit sur deux poulies fixées latéralement vers le milieu de l'attelle, redescend et vient s'enrouler sur le cylindre mobile. Après avoir enveloppé convenablement la jambe, et l'avoir revêtue d'un bas de laine, on y adapte avec des courroies l'attelle qui correspond à sa face postérieure; la plante du pied appuie sur la semelle de bois mobile, qui d'abord forme (dans le cas de pied-bot) avec l'attelle, un angle obtus en haut et aigu en bas; le pied est fixé solidement sur cette semelle. Si l'on tourne le cylindre, la corde se roulant de plus en plus sur lui, relève la semelle de bois et porte le pied dans la flexion. Une arête en fer qui retombe dans les dents de la roue du cylindre, empêche celui-ci de revenir sur lui-

même. Par ce moyen on peut facilement exercer une extension énergique sur le tendon, et la graduer à volonté (1).

Recherches sur le dignostic de la péricardite; par WILLIAM STOKES, *de Dublin* (2).

Une opinion encore assez généralement adoptée, malgré les travaux de MM. Collin, Andral, Louis, etc. c'est que la péricardite ne possède point de symptômes à elle propres, et ne peut être reconnue qu'en procédant par voix d'exclusion (3). Le docteur Stokes ne partage point cette manière de voir; pour lui la péricardite a des signes positifs qui en rendent le diagnostic moins obscur, dans la plupart des cas, qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Ses recherches ont eu pour objet le *bruit de frottement* indiqué par Collin, et la valeur de ce bruit comme signe de péricardite. Sous ce rapport, le mémoire dont nous allons donner un extrait présente beaucoup d'intérêt.

Suivant le docteur Stokes, depuis Collin (4), aucun pathologiste ne s'est occupé de ce phénomène morbide. Laennec dans sa seconde édition (5) ne parle point de l'opinion de Collin. Louis, dans son excellent mémoire (6), n'en dit pas un mot,

---

(1) Dans cet extrait je n'ai pas cru devoir reproduire le long parallèle que le docteur Stromeyer établit entre son procédé opératoire et celui de Delpech; les lecteurs pourront facilement renouveler cette comparaison en ouvraut l'ouvrage de Delpech. (*Note du trad.*)

(2) *Dublin Journal of medical and chemical Science.* 1833.

(3) *Guide pour l'étude de la clinique médicale*; ouvrage posthume de Dance. 1834; p. 23.

(4) *Des diverses méthodes d'exploration de la poitrine*, par V. Collin. Paris, 1824.

(5) *Traité de l'Auscultation médiate.* 1826.

(6) *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques.* Paris, 1826, page 253.

Bertin (1) se borne à la phrase suivante : « Jusqu'ici l'auscultation n'a fourni aucun signe auquel on puisse reconnaître la péricardite aiguë, à moins qu'on ne veuille regarder comme tel le *bruit de cuir neuf*, indiqué par M. Collin, auteur d'une brochure sur *les diverses méthodes d'exploration de la poitrine.* » Andral, dans sa nouvelle édition (2) garde le silence sur ce sujet. Rostan (3) ne fait que la remarque suivante : « L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur du bruit semblable au craquement du cuir neuf, que l'on a cru entendre au moyen du cylindre » Suivant le docteur Elliotson, l'auscultation ne donne que des résultats négatifs, dans la péricardite (4). Le docteur Latham a remarqué que dans certains cas de péricardite on entend un bruit de soufflet (5); et le docteur Hope a confirmé ses observations, non seulement pour les cas de péricardite *rhumatismale*, mais encore pour toutes les formes de la maladie (6). Cependant il ne fait aucune applicatisn du *bruit de frottement* au diagnostic de la péricardite. Il semble qu'aucun des auteurs qui ont écrit *ex professo* sur les maladies du cœur n'ait vérifié les symptômes stéthoscopiques de la péricardite. Un seul écrivain depuis Collin a publié les résultats de son expérience sur ce sujet; voici ce qu'en dit Broussais : « Il est un phénomène digne d'attention, auquel peut-être on n'en a pas assez donné, c'est le bruit de parchemin que l'on perçoit très-bien par le moyen du stéthoscope. En explorant avec cet instrument dans les péricardites commençantes, on éprouve la sensation que

(1) *Traité des Maladies du cœur et des gros vaisseaux*. Paris, 1824.
(2) *Clinique médicale.*
(3) *Cours de Médecine clinique.*
(4) *On the recent improvements in the art of distinguishing the various diseases of the heart.* London, 1830.
(5) *London medical Gazette.* T. III.
(6) *A Treatise on the diseases of the heart and great vessels*, by J. Hope. Lond. 1832.

donneraient deux corps secs comme du parchemin, qui frotteraient l'un contre l'autre; et ce signe, quand il est joint à la douleur et à l'angoisse, ne peut laisser aucun doute sur l'existence de la phlegmasie. (1) »

Le docteur Stokes a recueilli sur ce sujet important un certain nombre d'observations dont il a publié les suivantes :

Obs. I.cre — Symptômes graves d'inflammation du côté de la poitrine; bruit de frottement à la région précordiale; poumons sains; péricardite.

Keas, âgé de 20 ans, entre à l'hopital de Dublin vers le milieu de janvier 1830, offrant les symptômes d'une *fièvre gastrique* intense, et se plaignant d'une vive douleur à la région sternale inférieure. Cette douleur disparut dans une quinzaine de jours sous l'influence d'un traitement antiphlogistique. Il retomba le 18 février, dans un état d'anxiété dû à une toux petite et continuelle, et à une respiration précipitée et pénible; il avait beaucoup de fièvre; le pouls était fréquent, petit et faible; les tégumens de la poitrine étaient très-sensibles au toucher. Cet état durait depuis quatre jours. La percussion donnait un son très-mat à la partie antérieure du côté droit de la poitrine; il n'y avait pas d'autres signes physiques de maladie du poumon. Le malade accusait un peu de douleur à la base de la poitrine. Le lendemain, douleur aiguë sous les fausses côtes droites; pouls très-rapide, irrégulier sous le rapport de la plénitude et de la fréquence; 48 respirations. Le jour suivant, respiration complètement thoracique, même absence des signes stéthoscopiques du côté du poumon. Le malade se trouva un peu mieux dans la matinée du 20, mais dans l'après-midi, il fut pris au-dessous de la mamelle gauche, d'une douleur aiguë qui persista jusque dans le milieu de la nuit. Le len-

(1) *Commentaires des propositions de pathologie.* 1829. T. I.er; p. 398.

demain matin, pouls intermittent, irrégulier, battemens du cœur très-forts, accompagnés d'un bruit semblable à celui que produirait le frottement de deux surfaces raboteuses l'une contre l'autre; en appliquant la main sur la région précordiale, on perçoit une sensation de friction. Le malade mourut dans la nuit; le traitement employé ne produisit pas même une amélioration dans son état.

Autopsie. — Cœur hypertrophié; la surface interne du péricarde était mamelonnée; cette inégalité était due à une couche de lymphe à l'état de demi-cartilage; près de la pointe du cœur, une forte bande cartilagineuse, de près d'un pouce de largeur, réunissait le cœur au feuillet externe du péricarde. Outre cette altération, qui était évidemment le résultat d'une maladie chronique, une exsudation fibrineuse récente, rougeâtre, formait un moyen d'union peu consistant entre le cœur et le péricarde. Les valvules étaient saines; les poumons étaient sains, et n'offraient qu'un peu d'engouement cadavérique.

La nature de la maladie ne fut soupçonnée que très-peu de temps avant la mort, lorsque le pouls devint intermittent; alors seulement le docteur Stokes s'aperçut du bruit de frottement indiqué dans l'observation, mais il ne peut dire si ce bruit n'existait pas auparavant; car une circonstance remarquable de ce phénomène, c'est qu'*il n'est perceptible que dans une étendue extrêmement limitée.*

*Obs. II*e. — *Empyème considérable de la plèvre gauche; déplacement du cœur vers la région mammaire droite; péricardite aiguë latente; oblitération presque complète de la cavité du péricarde; bruit de friction intense, disparaissant à mesure que l'oblitération de la cavité du péricarde faisait des progrès.* — Lennon, âgé de 28 ans, fut apporté à l'hôpital dans un état de dyspnée très-grave. On reconnut un empyème considérable du côté gauche; le cœur battait à droite du sternum, mais n'offrait aucun bruit morbide. Il était malade depuis plus de quatre mois, et il s'était

aperçu du déplacement de son cœur un mois avant son entrée. Le 1er février, c'est-à-dire, environ un mois plus tard, après un traitement antiphlogistique, le déplacement du cœur existait toujours, mais *ses pulsations n'étaient accompagnées d'aucun bruit morbide*. Le 12, le docteur Stokes ayant mis sa main par hasard sur le cœur déplacé, fut très-étonné de percevoir dans toute la région qui lui correspondait, un frémissement très-manifeste qui faisait éprouver à la main la sensation de deux surfaces très-inégales frottant l'une contre l'autre. En appliquant le stéthoscope, on trouva que le bruit variait dans les divers points de cette région. Vers la base du cœur il était semblable au frottement qui a lieu dans la pleurésie sèche, mais vers son sommet il ressemblait beaucoup au bruit de râpe de Laennec; il se faisait entendre avec plus d'intensité entre le bord supérieur de la troisième côte et le bord inférieur de la quatrième. Si l'on éloignait le stéthoscope seulement d'un pouce à un pouce et demi de la région du cœur, on cessait d'entendre ce bruit particulier, quoique les contractions du cœur continuassent d'être très-distinctes. Pouls à 130, petit, mais régulier; le bruit de friction accompagnait les deux bruits du cœur; la dyspnée était très-considérable; mais le malade ne se plaignait de rien du côté du cœur. (Sangsues à la région du cœur; digitale).

Le 13, diminution remarquable du frémissement; le bruit est généralement entièrement analogue au double bruit de râpe; moins d'impulsion au cœur; nulle augmentation de la matité à la percussion. Depuis ce moment jusqu'au 17, la sensation et le bruit de frottement disparurent peu-à-peu; ce ne fut qu'en questionnant le malade avec persévérance, qu'on parvint à lui faire dire qu'il éprouvait un peu de douleur à droite du sternum. Le 18, tout frémissement et tout bruit de frottement avaient disparu, excepté en un point qui pouvait être couvert par le stéthoscope, au-dessus de la base du cœur, du côté droit; en ce point on entendait

distinctement un bruit qui tenait le milieu entre un frottement et un bruit de râpe. Le malade mourut le 22.

Autopsie. — La plèvre gauche offrait l'aspect qu'elle présente ordinairement dans l'empyème. La plèvre droite contenait environ une pinte de sérosité claire, et n'offrait aucun épanchement de lymphe. Le péricarde parut augmenté de volume; il avait perdu sa demi-transparence, et ne pouvait plus glisser sur le cœur. En l'incisant, on trouva qu'à l'exception d'un petit espace à la base du cœur, correspondant exactement à l'endroit où le frottement s'était fait entendre en dernier lieu, sa cavité était complètement oblitérée par de la fibrine récemment épanchée, rougeâtre; on ne pouvait séparer les deux feuillets du péricarde que par une forte traction et en déchirant un grand nombre de couches fibrineuses perpendiculaires à la surface du cœur. A la partie antérieure des ventricules, vers le sommet du cœur, l'union était complète; là, l'exsudation fibrineuse était beaucoup moins considérable que dans les autres parties de la cavité. Autour de l'origine des gros vaisseaux, en particulier du côté droit, il n'y avait aucune union entre les deux feuillets du péricarde; chacun d'eux cependant était recouvert par une couche de lymphe qui avait beaucoup de consistance, et qui lui donnait l'aspect qui est produit quand on sépare brusquement deux surfaces polies qui étaient réunies avec une matière tenace.

Dans ce cas, le diagnostic fut vérifié complètement par l'autopsie. Le docteur Stokes avait annoncé que le péricarde devenait adhérent, excepté vers la base du cœur; il avait porté ce diagnostic d'après les signes suivans : 1.° disparition progressive du bruit de frottement, *la région précordiale continuant de donner un son clair à la percussion*, ce qui prouvait que cette absence du bruit n'était point due à un épanchement de liquide; 2.° impulsion du cœur toujours extrêmement distincte, par la même raison.

*Obs. III*e. — *Pleurésie aiguë, avec épanchement abondant*

à droite; déplacement du foie; altération remarquable de ce viscère par l'effet de la compression; péricardite.—Patrick Murphy, âgé de 40 ans, entra à l'hôpital le 22 mars 1833, avec tous les signes d'une pleurésie aiguë et d'un épanchement considérable dans la plèvre droite. Le foie descendait à un pouce au-dessous des côtes et formait une tumeur très-douloureuse à la pression. Malgré le traitement le plus actif, la maladie fit des progrès; le 30, la matité s'étendait en travers du sternum, la respiration était devenue bronchique à la partie supérieure du poumon. Ce même jour, on observa pour la première fois, un sillon très-marqué entre les fausses-côtes et la portion supérieure de la tumeur hépatique.

Le 31, le malade avait passé une mauvaise nuit; la dyspnée avait été jusqu'à l'orthopnée; à l'heure de la visite, il avait beaucoup de peine à respirer dans le décubitus dorsal. Le sillon hépatique était plus marqué; le foie était évidemment poussé vers le côté gauche. Respiration, 40; pouls à 92, petit, faible, mais régulier. En appliquant le stéthoscope sur le cœur, on remarqua que ses battemens étaient accompagnés d'un bruit de friction très-fort, qui s'étendait à toute la région précordiale, et vers le sommet ressemblait à un fort bruit de râpe; on diagnostiqua une péricardite sèche.

Le docteur Stokes ayant renouvelé avec soin l'examen du malade, trouva les symptômes suivans: son clair à la région précordiale; impulsion du cœur très-distincte; frémissement manifeste communiqué à la main quand on l'applique sur la région du cœur; mouvemens du cœur fréquens, mais réguliers; existence d'un bruit tenant le milieu entre le craquement de cuir neuf et le bruit de râpe. Le malade affirma qu'il n'avait aucune douleur à la région précordiale, mais qu'il y avait senti un peu de mal-aise pendant les deux derniers jours. Le lendemain, le malade s'affaissait évidemment, il y avait du délire, le pouls était intermittent pour la première fois; le sillon hépatique, qui, pendant les deux derniers

jours, avait été si marqué, était alors presque imperceptible; le bruit de frottement était le même. Le malade mourut peu de temps après la visite.

Autopsie. — Le bord mince du lobe droit du foie descendait jusqu'à l'ombilic; le lobe gauche s'étendait dans l'hypochondre correspondant; la scissure horizontale se rapprochait beaucoup de la direction de la ligne médiane. Le tissu du foie était ramolli et rouge, le sillon indiqué était très peu profond; ce viscère avait cédé à la pression du diaphragme devenu convexe, et offrait une concavité correspondante très-considérable. Nous voyons ici une modification dans la forme du foie, produite par une condition anormale des organes voisins, modification analogue aux dépressions variées et aux sillons qui y existent naturellement pour recevoir certaines parties des autres viscères, tels que l'estomac, la vésicule du fiel, le duodénum, etc.; des dépressions semblables sont également causées par des maladies extérieures au foie, comme des hydatides, des abcès externes, etc.

La plèvre droite contenait plus de neuf pintes d'un liquide opaque, semblable à du petit-lait. La surface interne du péricarde était entièrement tapissée par de la lymphe rougeâtre, formant des petites masses irrégulières; il n'y avait aucune adhérence. Toute cette surface était donc très-raboteuse, surtout vers le sommet du cœur, où, pendant la vie, le frottement était le plus fort, et ressemblait au bruit de râpe.

Obs. IV. — *Péricardite sèche, aiguë, succédant à la suppression d'une éruption cutanée; bruit de frottement.* — Laurence Toole, âgé de 5 ans, entre à l'hôpital le 5 avril 1833, avec de la fièvre, une soif vive, le désir des boissons froides, des vomissemens, une petite toux, une respiration précipitée et de l'orthopnée; quand on lui demandait le lieu de sa souffrance, il indiquait toujours son ventre, qui était tendu et douloureux, surtout vers l'hypochondre

gauche. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait eu une éruption cutanée, dont la nature ne put être connue. Cette éruption disparut promptement par l'emploi d'une certaine pommade en friction; mais peu de jours après, l'enfant devint lourd et mal à son aise, et les symptômes indiqués ne tardèrent point à se développer. De plus, décubitus assis, les jambes élevées; respiration laborieuse, haute, 32; lèvres livides; un peu d'œdème du visage; jugulaires distendues; physionomie déprimée; impulsion du cœur très-forte; frémissement perceptible quand on appliquait la main sur la région précordiale, et donnant l'idée de deux surfaces inégales frottant avec force l'une contre l'autre. Avec le cylindre on distinguait un bruit de frottement très-fort, accompagnant les deux bruits du cœur; ce bruit était entendu au-dessus du cœur, à droite du sternum, sous les clavicules, et le long de la colonne vertébrale; mais dans ces derniers points, il perdait beaucoup de son âpreté et se rapprochait du bruit de soufflet. La région du cœur donnait un son mat dans une étendue très-considérable. La respiration était partout puérile et pure, à l'exception d'un peu de râle bronchique çà et là.

Le lendemain, visage, cou et mains œdémateux; matité à la région du cœur plus étendue; pulsations aux jugulaires; respiration thoracique; phénomènes stéthoscopiques semblables. Il mourut le jour suivant; la sensibilité de l'abdomen était devenue excessive et le bruit de frottement avait pris le caractère du craquement décrit par Collin.

Autopsie. — Le cœur était généralement hypertrophié. Le péricarde était recouvert sur ses deux faces d'une couche épaisse de lymphe rougeâtre; il n'y avait ni adhérence, ni liquide. Les valvules auriculo-ventriculaires gauches et aortiques étaient un peu épaisses et opaques, mais elles n'avaient rien perdu de leur longueur. L'examen des autres organes ne put pas être fait.

Obs. V. — *Péricardite aiguë avec péripneumonie et arthrite.* — Patrick Traynor, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital le 16 avril 1833. Il paraît que, neuf jours avant son entrée, ce malade fut pris de douleur et d'oppression à la région précordiale, avec dyspnée et une toux qui exaspérait beaucoup la douleur. Le lendemain, les articulations des membres inférieurs étaient devenues douloureuses et s'étaient gonflées, et bientôt après le bras gauche avait été pris. Au moment de son admission, il était affaissé et paraissait mourant : physionomie exprimant l'anxiété; respiration laborieuse; toux fréquente; expectoration mucoso-purulente; qui la veille au soir était teinte de sang; douleur dans les genoux qui rend les mouvemens impossibles; douleur sourde à la base du sternum, augmentée par la toux et par la pression sur l'épigastre; pouls à 96, très faible et très petit, mais régulier. La poitrine résonnait normalement partout en avant; en arrière, un peu de matité en bas à droite; dans ce dernier point et dans le point correspondant du côté gauche, râle crépitant très-marqué. Les bruits du cœur offraient quelques circonstances particulières, qui variaient suivant le point au-dessus duquel on plaçait le stéthoscope; au-dessus de la portion gauche du cœur, les pulsations étaient accompagnées par un bruit de râpe confus et peu distinct; mais le long de la partie inférieure du sternum, il y avait un frottement très-manifeste et très fort, qui accompagnait les deux bruits du cœur. Vers le soir, le malade ayant pris quelques stimulans, se trouva dans un état de réaction générale. Le jour suivant : pouls à 88, régulier et un peu *contracté*; douleur nulle au bas du sternum, excepté par la toux; impulsion du cœur modérée; son clair par la percussion au bas du sternum. Le bruit de frottement et l'espèce de bruit de râpe existaient comme la veille; mais on observa un phénomène remarquable : tous les quatre ou cinq battemens, il s'opérait dans ces bruits un changement extrêmement régulier sous le rapport de son retour, qui

était lié avec les mouvemens respiratoires; le bruit était plus fort et plus rude pendant l'inspiration, et il devenait plus faible et plus semblable au bruit de souflet pendant l'expiration.

Le 18, modification complète dans les phénomènes présentés par le cœur; le bruit de frottement était distinct au côté gauche du cœur, et absent au côté droit, où l'on percevait un double bruit de soufflet : même modification par l'acte respiratoire.

Le 21, on pouvait encore sentir un léger frémissement sur le cœur; le bruit de frottement avait perdu de son âpreté, et la région du cœur donnait un son clair à la percussion.

Le 22, il n'y avait plus qu'un double bruit de soufflet. L'état du malade s'améliorait manifestement. Cependant, quelques jours après, les symptômes de pneumonie se renouvelèrent, ceux de péricardite s'exaspérèrent, et le malade ne tarda pas à mourir. L'autopsie ne fut pas permise.

Le traitement avait consisté dans les saignées locales, les révulsifs cutanés, le colchique et le mercure.

Le docteur Stokes fait suivre cette observation de nombreuses réflexions. Je me bornerai à fixer l'attention sur deux phénomènes remarquables : le changement de lieu du bruit de frottement, et la modification imprimée à ce bruit par l'acte respiratoire. Ces deux particularités permettaient, dans le cas précédent, de reconnaître certainement l'existence d'une péricardite, puisque, dans aucune maladie des orifices du cœur, un pareil déplacement ou une modification semblable n'ont jamais été observés et ne sont guère supposables.

Obs. VI.ᵉ—*Arthrite aiguë; péricardite; double pleuro-pneumonie; guérison.* — Frances Kelly, âgée de 24 ans, d'une forte constitution, fut prise, le 25 mars 1833, d'une arthrite qui affecta la plupart des articulations. Elle avait une fièvre intense, mais point de douleur dans la poitrine.

Avant cette maladie, elle jouissait de la plus belle santé. Au bout de six jours, elle entra à l'hôpital avec une arthrite générale; aucune des jointures n'était excessivement enflammée. Fièvre intense; pouls plein et fort, mais régulier; douleur nulle dans la poitrine; ni toux, ni dyspnée. Les battemens du cœur étaient forts, et l'on entendait un léger frottement près du sommet. (Saignées locales et générales.)

Pendant cinq jours on traita la malade par le tartre stibié, mais il fallut cesser à cause des vomissemens et de la diarrhée.

Le 7.e jour après l'entrée de cette femme, le docteur Stokes la trouva dans l'état suivant: fièvre, douleur intense dans les articulations, sans augmentation dans l'état inflammatoire de ces parties; pouls plein et dur, à 130; respiration à 40. L'augmentation de la fièvre, sans augmentation de l'arthrite, fit soupçonner au docteur Stokes l'inflammation de quelque viscère, et il dirigea son attention vers le cœur, mais il ne put reconnaître aucun symptôme satisfaisant.

Le lendemain, matité dans la partie latérale et inférieure gauche de la poitrine; murmure respiratoire faible généralement. Frottement pleurétique très-marqué dans la partie antérieure et inférieure. Ce dernier bruit provenait de la plèvre enflammée, car il était synchrone à la respiration, et cessait de se faire entendre quand le malade retenait sa respiration. Les deux bruits du cœur étaient accompagnés d'un fort bruit de râpe, très-distinct à la base, et à peine perceptible au sommet. Ce bruit ne s'entendait point sous la clavicule et à la région postérieure de la poitrine, quoique les battemens du cœur y fussent facilement entendus. Aucun frémissement n'était sensible à la main. Physionomie anxieuse, point de douleur dans la poitrine, mais sensation d'*affaissement* (*sinking*) vers le cœur, palpitations fatiguantes, prostration, mais point de syncope, crainte d'une mort prochaine; respiration précipitée,

mais sans difficulté; pouls à 124, dur et vibrant, mais régulier. (Sangsues, calomel et digitale.)

Le lendemain, 9 avril, amélioration évidente dans l'état général; cependant le bruit de râpe s'étend à toute la région précordiale.

Le 10, diminution de l'anxiété et de la sensation d'*affaissement*, respiration plus facile; pouls, 110, souple et plein; impulsion du cœur moins forte; urine peu abondante, très-colorée; bruit de frottement encore distinct sur toute la région du cœur, mais moins dur et se rapprochant du bruit de soufflet; matité du côté gauche.

Le 11, le bruit de frottement ne s'entend plus vers le sommet du cœur, mais il existe encore à la base, avec un frémissement évident.

Le 12, amélioration générale, le bruit de frottement existait à peine, et le 13 il avait disparu.

Le 14, rechute, réapparition du bruit de frottement, mais dans une étendue très-limitée et correspondant à la base du cœur. Tous ces symptômes s'améliorèrent sous l'influence du traitement employé, et le bruit de frottement s'effaça peu-à-peu. La malade était complètement guérie vers la fin du mois.

Une circonstance est digne de remarque dans le cas précédent; c'est qu'avec le commencement de disparition du bruit de frottement coïncida la matité du côté gauche. Il est probable qu'alors il se fit dans le péricarde un épanchement de sérosité; en effet, le bruit de frottement persista vers la base du cœur, c'est-à-dire, en un point où l'on peut croire que le péricarde était encore en contact avec le cœur. Dans un autre cas, qui s'est présenté également à l'hôpital de Dublin, on put *suivre distinctement la disparition du bruit de frottement, à mesure que la matité faisait des progrès, et le retour de ce bruit avec le retour de la sonoréité.*

Tels sont les six faits que le docteur Stokes a choisis

parmi ceux qui sont en sa possession (1). Voici maintenant un résumé de sa longue expérience sur le bruit de frottement, considéré comme signe diagnostic dans la péricardite.

Il faut distinguer deux espèces de péricardites, celles avec épanchement abondant de sérosité et celles où la lésion anatomique consiste dans une exsudation de lymphe plastique à la surface du péricarde. Dans le diagnostic de la première espèce, la percussion est extrêmement utile ; mais elle ne donne plus aucun résultat positif dans la seconde.

En général, dans la péricardite, la sensation communiquée à la main et le bruit de frottement éprouveront des modifications suivant les circonstances suivantes :

1.° L'état de l'exsudation plastique ;

2.° Son étendue ;

3.° La présence ou l'absence de liquide ;

4.° Les progrès ou la suspension du travail d'organisation ;

5.° La marche plus ou moins rapide de l'oblitération de la cavité ;

6.° Les recrudescences de l'inflammation.

Le bruit de frottement produit par le péricarde enflammé se présente tantôt sous la forme d'un bruit de râpe, semblable à celui qui a lieu dans les cas les plus graves d'ossification des valvules, tantôt sous la forme du craquement de cuir neuf, auquel il a été d'abord comparé par Collin. Il ressemble quelquefois au frottement de la pleurésie, seulement modifié par les mouvemens du cœur. Il peut tenir le milieu entre le bruit de râpe et le bruit de soufflet, ou ressembler entièrement à ce dernier. Il peut même n'offrir

(1) Chacune des six observations qu'on vient de lire est accompagnée dans le texte de commentaires très-instructifs. Nous sommes obligés de renvoyer au mémoire du docteur Stokes ceux qui voudraient en prendre connaissance.

qu'un léger frottement, perceptible seulement au commencement et à la fin de chaque diastole et de chaque systole du cœur. Toutes ces variétés peuvent se présenter successivement dans le même cas. Le bruit peut même être différent dans les différens points de la région précordiale. Quelquefois les changemens de caractère se succèdent avec une grande rapidité, quelquefois chaque variété persiste pendant plusieurs jours. Ces bruits accompagnent presque toujours les deux bruits du cœur, et sont souvent modifiés d'une manière remarquable par le traitement; ainsi, après une application de sangsues, ils passent d'un bruit de râpe très-fort, accompagné de frémissement perceptible à la main, à un bruit de soufflet sans frémissement. Un caractère important de ce bruit de frottement, c'est l'impossibilité de l'entendre ailleurs qu'à la région du cœur : cette règle souffre peu d'exceptions, et le docteur Stokes n'a trouvé ces exceptions que chez une femme et un enfant.

Le bruit de frottement, quelle que soit sa forme, devra être considéré comme signe de péricardite, dans les circonstances suivantes :

1.° Lorsqu'il se manifeste subitement. Une maladie des valvules ne peut arriver en un jour ou deux à produire un bruit de râpe intense.

2.° Lorsqu'il s'accompagne (ce qui n'a pas toujours lieu), d'un frémissement sensible à la main; ce symptôme est caractéristique.

3.° Lorsqu'il se déplace rapidement, suivant les progrès de l'inflammation.

4.° Lorsqu'il accompagne les deux bruits du cœur, dans un cas où auparavant il n'y avait aucun symptôme de maladie de cet organe.

5.° Lorsqu'il disparaît sous l'influence du traitement, et ne reparaît pas, lors même que le cœur est excité.

6.° Lorsqu'il n'est perceptible que dans une très-petite étendue, même quand il est très-fort.

Collin pensait que le bruit de frottement perçu par le stéthoscope (il n'avait point observé la sensation perçue par la main), était produit par l'état de sécheresse du feuillet séreux du péricarde, *avant la période de sécrétion de l'inflammation.* Le docteur Stokes, tout en reconnaissant que dans cet état de la membrane un bruit de frottement peut être produit, ajoute que, dans tous les cas observés par lui, le bruit de frottement avait été causé par une exsudation lymphatique.

L'auteur anglais résume, dans les propositions suivantes, les résultats de ses recherches sur ce sujet :

I. Dans la péricardite avec exsudation de lymphe plastique, le frottement des deux surfaces inégales produit un bruit perceptible à l'oreille, et une vibration sensible à la main, qui font reconnaître sûrement la maladie, même en l'absence de tous les autres symptômes.

II. Plus les surfaces du péricarde sont inégales, plus ces symptômes sont distincts.

III. Le bruit de frottement accompagne les deux bruits du cœur dans presque tous les cas.

IV. En général il n'est perceptible qu'à la région précordiale.

V. Il se présente avec diverses modifications, mais souvent il ressemble au bruit qui est produit par une maladie avancée des valvules du cœur.

VI. Il est distinct au plus haut degré quand la région du cœur continue à donner un son clair à la percussion ; mais l'existence d'un liquide dans la cavité du péricarde, n'implique pas nécessairement sa disparition *complète.*

VII. Il peut se reproduire après la résorption du liquide contenu dans le péricarde, ou le renouvellement de l'inflammation.

VIII. Le bruit de frottement peut être manifeste lorsque le frémissement n'est plus perceptible à la main.

IX. Il est rapidement et notablement modifié par un traitement antiphlogistique direct.

X. En observant ces phénomènes dans leur marche et dans leurs modifications, on peut suivre les progrès de l'organisation, c'est-à-dire, de l'oblitération de la cavité du péricarde, juger de l'effet du traitement, et apprécier l'état réel du péricarde.

XI. Par conséquent, on doit admettre que l'auscultation est directement utile dans la péricardite, et que le diagnostic de cette maladie ne repose plus seulement sur des signes négatifs.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie pathologiques.

Monstruosité par absence du sternum, des cartilages costaux et de plusieurs des principaux viscères thoraciques et abdominaux. Examen des mouvemens du coeur. — *Par Thomas Robinson, de Petersburg, (Virginie).* — En septembre 1828, le docteur Robinson fut appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher. On lui présenta un fœtus à terme qui était né depuis vingt minutes; les assistans affirmèrent que cet enfant avait fait beaucoup d'efforts quelques minutes après la naissance, et avait respiré plusieurs fois. La tête était bien développée, les traits réguliers, le tronc et les membres gras et volumineux, à l'exception du bras gauche dont le coude était rapproché contre le bord antérieur du scapulum, l'avant-bras étant dans une flexion complète et tout le membre recouvert par les tégumens, sauf la main qui apparaissait au bord inférieur du muscle pectoral. Les deux clavicules, le sternum et les cartilages costaux manquaient; tout l'intérieur de la cavité thoracique était à découvert; les épaules et les côtes n'étant pas retenues par les clavicules étaient dejetées en arrière d'une manière remarquable; l'abdomen était aussi ouvert jusqu'à l'ombilic, à partir de la seconde fausse côte de chaque côté; les deux bords de l'ouverture convergeaient vers ce point. Le long du bord droit le cordon ombilical semblait se ramifier et s'épanouir; mais les recherches n'ont pas été poursuivies de ce côté. Du côté droit et dans le champ de l'ouverture, à peu près à égale distance de l'ombilic et des côtes, se trouvait un corps de la grosseur, de la couleur et de la forme du gésier d'une grosse volaille. Ce corps adhérent au rebord de l'ouverture, était dur et parfaitement fibreux,

abondamment pourvu de vaisseaux sanguins, et communiquait par une petite branche avec le cordon; il n'avait aucune communication avec le duodénum; aucune trace de vésicule biliaire et ne ressemblait en rien au foie. Ce dernier viscère et la rate manquaient. Le diaphragme fendu ne se reconnaissait qu'à la présence de deux bandes étroites situées de chaque côté. Les poumons manquaient, la trachée se terminait vers le niveau de la première vertèbre dorsale dans une nodosité de substance celluleuse et parenchymateuse de la grosseur d'une noix. Au côté gauche du rachis et plus haut qu'à l'ordinaire, on voyait le cœur, sans péricarde, et situé si obliquement que sa pointe n'aurait pas pu frapper au-dessous de la troisième côte. Il battait avec une force et une régularité surprenantes de 6 › à 70 fois par minute, et semblait communiquer son impulsion à toute la circulation, car l'aorte offrait des pulsations très-distinctes. Ce phénomène attira toute l'attention du docteur Robinson. Le cœur, dans l'intervalle de repos, moins dur peut-être que dans la diastole ou la systole, ne parut cependant pas être dans l'état de relâchement assigné par les physiologistes. Il sortait de cet état de repos par une dilatation soudaine et énergique, son sommet s'élevait par un mouvement sec; et, cette double action se terminant avec une extrême rapidité, il revenait aussi subitement à l'état de repos. On ne pouvait observer aucun relâchement des fibres ni instantané, ni graduel. La diastole, qui toujours précédait, semblait commencer dans le sinus veineux et se propageait sans interruption et avec une excessive rapidité jusqu'à la pointe. La systole s'effectuait de la même manière et avec la même rapidité. Comme ces deux mouvemens s'accomplissaient en moins d'une demi-seconde, car l'intervalle de repos avait une durée presque double, il était extrêmement difficile de saisir leur ordre exact de succession. Toutefois il était évident que le mouvement se propageait de la base au sommet, et que la diastole précédait la systole; mais la dernière succédait à l'autre avec une telle rapidité, qu'il était impossible de s'assurer si l'une étoit entièrement complète avant le commencement de l'autre. On peut se demander si, dans une systole de si courte durée, le sang a le temps de remplir les cavités. Si la dilatation était un mouvement passif, un temps plus considérable serait certainement nécessaire pour que le sang surmontât la force d'inertie du cœur et dilatât ses cavités; mais si nous considérons que ce fluide s'accumule dans les vaisseaux voisins pendant l'intervalle de repos et sous une forte pression; si d'une autre part nous apprécions la force et la rapidité extrême avec lesquelles les cavités se dilatent, et l'aspiration puissante qu'elles exercent, nous ne pourrons guère douter de l'instantanéité avec laquelle elles se remplissent. Au moment de la diastole, le sommet du cœur s'élevait; au moment de la systole il retombait par un mouvement subit. Après avoir observé le cœur dans

sa position pendant quinze à vingt minutes, et l'avoir palpé fréquemment pour s'assurer de sa force de dilatation, le docteur Robinson le sépara du corps; ses mouvemens n'en furent altérés ni dans leur fréquence, ni dans leur énergie. Les valvules et la cloison furent trouvées à l'état normal; le trou ovale était béant, les veines et l'artère pulmonaire, la veine cave et l'aorte avaient leur calibre ordinaire. Dans cet état, les oreillettes et les ventricules étant ouverts, le cœur, après avoir été manié par plusieurs personnes, fut jetté dans un bassin d'eau froide. Après avoir examiné les autres viscères pendant quelque temps, le docteur Robinson fut étonné de lui retrouver encore des mouvemens, faibles il est vrai, mais parfaitement réguliers. Les viscères du bassin n'ont pas été examinés. Voici à quelles conclusions l'observation de cette remarquable anomalie a conduit le docteur Robinson :

1° La systole et la diastole sont les actes musculaires naturels du cœur.

2° La force de dilatation est au moins égale à celle de la contraction, si même elle n'est pas plus considérable.

3° Il n'y a aucun intervalle de mouvement entre l'oreillette et le ventricule, soit dans la diastole, soit dans la systole; l'action se propageant de la base au sommet par un mouvement, peut être accélérée mais non certainement retardée.

4° Non-seulement il n'y a aucun intervalle de repos entre la diastole et la systole, mais cette dernière semble même commencer avant la cessation complète de la première; de là un mouvement composé auquel coopèrent parfaitement toutes les parties de l'organe.

5° La diastole précède toujours la systole dans l'ordre naturel. Les expériences de Bichat l'avaient amené à la même conclusion.

6° Les mouvemens similaires dans les parties similaires des deux côtés sont toujours synchrônes.

7° Le temps du double mouvement de diastole et de systole est moins long que celui du repos.

8° L'intervalle de repos succède à la systole.

9° Le choc du sommet contre la paroi thoracique, est causé par la diastole des oreillettes, principalement de la gauche. Car, comme la distance qui sépare le sommet de l'axe du cœur du diaphragme doit être augmentée par l'alongement de son diamètre transversal dans la diastole, et comme le cœur est solidement fixé à sa base, cette augmentation de distance de l'axe ne peut s'effectuer que par le mouvement de rotation d'arc de cercle que le cœur décrit sur les oreillettes distendues.

10° Le cœur jouit d'une force propre, (*vis insita*, *vita propria*); ceci est démontré par la persévérance de ses mouvemens si long-temps après qu'il eut été soustrait à toute influence du cerveau, des nerfs et des ganglions.

Cette simultanéité de toutes les parties de l'organe dans chaque mouvement comme dans le repos, semble beaucoup plus simple et beaucoup plus conforme à l'observation, que cette longue série de mouvemens alternatifs tracée avec tant de soins par les anciens, et professée encore de nos jours dans les écoles. Cette dernière hypothèse, dans laquelle une moitié du cœur est toujours inactive, et une partie de la puissance de la portion agissante est continuellement employée à surmonter l'inertie de l'autre, devient tout-à-fait puérile, dit l'auteur, pour celui qui a été à même d'observer la diastole de tout l'organe, la systole de tout l'organe, le repos de tout l'organe.

Le docteur Robinson, partant du fait précédent, cherche à détruire l'opinion émise par Haller et ses successeurs, que dans sa diastole le cœur est dans un état parfait d'inertie. Il attribue à cette opinion, la plupart des erreurs qui existent au sujet de la circulation, et conclut de cette considération, que l'étude des signes diagnostiques des maladies du cœur doit être révisée, au moins quant aux signes sthéthoscopiques. Suivant lui, les valvules ne sont point conformées de manière à fermer complètement les ouvertures du cœur. Il refuse d'admettre, avec Bichat, la contraction insensible des capillaires, comme cause de la circulation veineuse, et se trouve amené indirectement à refuter l'opinion dernièrement publiée par le docteur Barry au sujet de cette circulation. (*The American Journal of the medical Sciences*, février 1833).

Pulsations veineuses. — Effet singulier de l'huile de ricin. — *Obs. Par le docteur T. Ogier. Ward.* — E B., âgée de 30 ans, fut admise au dispensaire de Wolverhampton, le 17 janvier 1832. Elle éprouvait depuis plus de huit jours, un sentiment de fièvre, un abattement d'esprit, de la toux, et des douleurs fugitives dans différentes parties du corps. Elle avait pris trois jours auparavant un purgatif drastique qui l'avait beaucoup affaiblie, sans amélioration. Elle fut saignée, le caillot ne fut ni à bords relevés ni couenneux. Le jour suivant, je lui trouvai le visage rouge et anxieux, la langue couverte d'un enduit, sèche et présentant des aphtes sur ses bords. Le ventre était libre, l'urine foncée; elle ressentait des douleurs lancinantes dans l'hypogastre, qui était sensible au toucher, ainsi que dans la tête et dans la partie supérieure de la poitrine. Nausées, vents, toux pénible, expectoration visqueuse, écumeuse, rougeâtre et contenant quelques parties de sang pur. Résonnance de la poitrine normale. Respiration puérile, accélérée, et très-pénible; pouls fréquent, de force modérée. Cette femme était dans le cinquième mois d'une seconde grossesse, ayant eu auparavant une fausse-couche. Regardant cette maladie comme une fièvre avec pneumonie double commençante, je prescrivis l'application de quinze sangsues sur la poitrine, un purgatif salin avec l'opium. Les piqûres des sangsues saignèrent abon-

damment toute la nuit, au point de la mettre dans un état extrême de prostration. L'hemorrhagie fut enfin arrêtée par la cautérisation de quelques-unes des piqûres. Le sang avait coulé clair et d'une couleur brillante; elle toussait encore, mais ses douleurs avaient disparu. Ses forces furent rétablies par des cordiaux et des alimens, mais elle avorta le 21 sans perdre beaucoup de sang. Je la revis le 24, elle était assise, et je remarquai que les veines dorsales de ses mains, qui étaient très distendues, battaient fortement. La peau étant très-transparente, les pulsations se distinguaient parfaitement dans les petites ramifications veineuses des doigts, dans lesquelles le sang avait la couleur artérielle. Les veines plus volumineuses étaient plus foncées, et ne présentaient pas leur couleur bleue habituelle. Les pulsations s'étendaient au-delà de la moitié de l'avant-bras, et n'étaient point arrêtées par la pression sur les veines, en quelque point que ce soit, mais elle l'étaient par la pression au-dessous des points où elles se faisaient remarquer, soit sur les doigts, soit sur le dos des mains. Ces pulsations avaient lieu en même temps que celles du pouls, qui était dur et rapide, et très-peu compressible. Elles continuèrent plus ou moins marquées pendant trois jours, et disparurent le soir du 26, où le pouls perdit aussi sa force et sa rapidité. Peu de jours après, les jambes devinrent œdémateuses, mais ce symptôme dura peu de temps. Il ne resta que de la toux, qui fut guérie en quelques semaines, et maintenant cette femme est bien rétablie.

Il est peut-être digne de remarquer que, quand cette femme prend de l'huile de ricin, ce médicament n'agit pas comme purgatif, mais il exsude de toutes les parties du corps.

Un phénomène semblable a été observé par le docteur Elliotson, chez une jeune dame qu'il traitait pour une bronchite chronique, accompagnée d'une toux très-pénible et qui s'est guérie; toutes les veines du dos de la main et de l'avant-bras de chaque côté battaient synchroniquement avec les artères. — Ce phénomène a été observé deux fois pendant quelques jours, chez un jeune homme qui mourut d'une maladie cérébrale, avec constriction de l'orifice de l'aorte; (*Journal complémentaire*, tomo XXI, juin 1825). Une fois chez un homme de moyen âge, atteint d'affection de la tête et de l'abdomen, qui guérit; (*Journal der pracktischen Heilkunde*, septembre 1815). Une fois, chez un homme de moyen âge qui mourut avec une ascite et des palpitations; (*Archiv. für medizinische Erfahrung*, juillet et août 1822). Chez une jeune fille, qui mourut avec des symptômes hydrocéphaliques; (*Hallerii disputationes*, tom. V, pag. 407, 1736). Dans un cas de fièvre épidémique observé par Weitbrecht; il dura cette fois vingt-quatre heures; (*Dublin Hospital reports*, vol. IV). Le même auteur l'avait déjà observé une fois auparavant, mais il n'en avait pas cru ses sens. (*London medical Gazette*, et *The American Journal of medical Sciences*, février 1833).

Réunion de l'extrémité d'un doigt complètement coupé; *par le docteur Angelo della Cella.* — Le premier jour de janvier 1818, journée pendant laquelle le froid fut le plus intense que j'aie encore ressenti dans notre contrée (à Chiavari), le jeune Emmanuel Copello s'abattit d'un coup de couteau très tranchant, le bout de l'indicateur gauche. La division eut lieu transversalement au-dessous de la racine de l'ongle. L'enfant ramassa aussitôt cette portion de la phalange qui était tombée à terre, la rapprocha de son doigt blessé, et s'empressa d'accourir à la pharmacie de M. Podesta, distante de cinquante pas de l'endroit où l'accident venait de lui arriver, afin de se faire panser. Là il décolla la portion détachée du doigt pour faire voir quelle était sa blessure, et il la réappliqua immédiatement en la tenant rapprochée. Au bout de quinze minutes environ j'étais arrivé à la pharmacie. J'examinai le doigt avec atteotion, et remarquant que l'enfant n'avait pas replacé l'extrémité de sa phalange dans des rapports parfaitemeot exacts avec la partie correspondante du doigt, je voulus l'enlever une troisième fois; mais soit que la lymphe concrescible la fit déjà adhérer; soit, ce qui est peu probable, que cette adhésion fût l'effet de la coagulation du sang, toujours est-il que je trouvai le rapprochement si solide que je ne crus pas convenable de détacher de nouveau l'extrémité du doigt en employant plus de force; je le redressai cependant du mieux que je pus, et j'achevai de le maintenir à l'aide de deux bandelettes de diachylon gommé, que j'assujettis par quelques tours circulaires faits avec une troisième bandelette. Le doigt fut enveloppé avec un linge imbibé de baume du Pérou, et le tout recouvert d'un bandage approprié. Je recommandai au jeune blessé de tenir son bras en écharpe, et d'éviter soigneusement de heurter sa main contre quoi que ce fût.

Le cinquième jour, je levai l'appareil, et je vis que la peau de l'extrémité du doigt était livide. Je pensais déjà que la mortification en était avancée quand, en soulevant l'épiderme ainsi altéré, j'aperçus au-dessous le derme rouge, et incomplètement réuni. J'entourai le doigt de charpie en laissant en place les deux bandelettes qui se croisaient sur l'extrémité du doigt. Trois jours après j'enlevai l'appareil en totalité, et je pus constater que la réunion était complète. La peau mortifiée se détacha comme l'extrémité d'un doigt de gant; au-dessous de la partie divisée de la racine de l'ongle on voyait déjà les rudimens de l'oogle nouveau.

La sensibilité de l'extrémité de ce doigt est restée long-temps plus obtuse que celle des autres doigts, et sa poiote n'est pas uniformément amincie comme auparavant. Dans le point correspondant circulairement à la division, la cicatrice a laissé au pourtour du doigt une ligne déprimée, analogue à ce qui eut existé si le bout du doigt eût été long-temps comprimé jusques-là dans le goulot étroit d'une bou-

teille. Cette dépression circulaire paraît être un effet du retrait de la cicatrice. (*Annali universali di med.*, n° de septembre 1833.)

Mort apparente qui s'est prolongée vingt jours; *par le docteur Schmid.* — Il mourut à l'hôpital de Paderborn un jeune homme qu'on ne put ensevelir que trois semaines après qu'il eût rendu, en apparence du moins, le dernier soupir. Ce ne fut que le 20.e jour que les phénomènes caractéristiques de la mort se manifestèrent. Voici le fait. Ce jeune homme était guéri depuis peu d'une fièvre tierce, quand il rentra à l'hôpital en offrant quelques-uns des signes qui font craindre la phthisie, sans cependant présenter des symptômes bien caractérisés de cette maladie. Du reste, aucun autre trouble dans sa santé.

Dans la journée où il succomba, ses yeux s'ouvrirent subitement, et pendant quelques minutes on sentit au pouls un battement irrégulier. Plusieurs petites plaies résultant de cautérisations qu'on avait faites alors pour le rappeler à la vie, suppurèrent le second, le troisième et le quatrième jour. Au cinquième, les mains du cadavre se retournèrent; du cinquième au neuvième jour, il s'exhala de la moitié du corps une sueur abondante et sans odeur. Vers la fin du neuvième jour, il se développa sur une grande partie de la région du dos, des bulles séreuses semblables à celles du pemphygus. Les membres conservaient toujours leur même souplesse, et au dix-huitième jour les lèvres avaient encore leur couleur rouge vermeille. Pendant neuf jours le front resta sillonné de rides verticales, et tout ce temps le visage conserva une expression que n'offre jamais la face d'un cadavre. Le corps fut gardé pendant dix-neuf jours dans une chambre chaude; il ne laissa pas exhaler la moindre odeur fétide, et l'on ne vit sur aucun point de sa surface de lividités cadavériques. L'amaigrissement n'était pas très-considérable, circonstance qui eût pu servir à expliquer ces différens phénomènes, si elle eût existé. (Hufeland, *Journal der pract. Heilkunde*, mai 1833.)

Pathologie.

Bruit de soufflet encéphalique dans les cas de compression ou d'engorgement des organes contenus dans le crane. — Personne encore n'avait eu l'idée d'appliquer le stéthoscope sur la tête d'un malade, et d'étudier les bruits qui sont perçus par cet instrument à la surface du crâne. Le docteur Fisher, de Boston, vient de se livrer à ce genre de recherches, après avoir découvert ce qu'il appelle un *bruit de soufflet encéphalique*. Il a fait connaître sa découverte par un mémoire assez curieux qu'il a lu à la *Société pour l'avancement de la médecine* de Boston.

Jusqu'à présent tout ce qu'il sait du bruit de soufflet encéphalique est déduit de six faits, dont trois sont terminés par la guérison et

trois par l'autopsie. Cinq des malades cités étaient atteints d'hydrocéphale chronique ou aiguë ; un seul offrit des symptômes d'inflammation du cerveau, à la suite d'une chute sur la tête, sans signes d'hydropisie cérébrale. En un mot, tous ces malades, qui étaient des enfans, présentaient des symptômes de compression ou d'engorgement des organes encéphaliques. Chez tous, en appliquant le stéthoscope ou l'oreille en quelque point que ce soit de la surface du crâne, on entendait, suivant M. Fisher, un bruit de soufflet très-bien caractérisé ; ce bruit était plus distinct au-dessus de l'extrémité antérieure de la suture sagittale que partout ailleurs.

Stimulé par la singularité de sa découverte, le docteur Fisher a ausculté la tête de plusieurs personnes de tout âge, et il résulte de ses recherches que le bruit de soufflet encéphalique n'existe point dans l'état normal ; qu'on perçoit très-bien par l'auscultation de la tête le bruit de l'air qui pénètre dans les fosses nasales, le bruit de la déglutition et celui de la voix, et même les bruits du cœur ; que le bruit de soufflet encéphalique existe chez les enfans qui font des dents, mais seulement chez ceux qui souffrent de la dentition. Ce qui est digne de remarque, c'est que ce médecin a observé le bruit de soufflet encéphalique chez deux enfans atteints de coqueluche, mais seulement au moment où la quinte de toux cessait, et pendant que l'accumulation du sang vers la tête se reconnaissait encore à la rougeur de la face.

Suivant le docteur Fisher, ce bruit a son siège dans les troncs artériels de la base du crâne, lorsqu'ils sont comprimés par le cerveau, ce qui a lieu toutes les fois que ce viscère est refoulé par un épanchement de liquide, ou augmenté de volume par un épanchement inflammatoire. Le calibre de ces artères est alors diminué, le sang n'y circule plus qu'avec difficulté, et c'est cette gêne de la circulation, ce frottement du sang contre les parois des artères, qui produit le bruit de soufflet encéphalique.

Le docteur Fisher se propose de continuer ses recherches, et de faire tous ses efforts pour arriver à apprécier quelle peut être la valeur réelle de ce symptôme en pathologie, et de quelle application il est susceptible au diagnostic des maladies de l'encéphale. (*The medical Magazine*, N.° 15.)

Forme de pneumonie non décrite jusqu'à ce jour. — *Par le docteur W. Stokes, de Dublin.* — Un jeune homme entra à l'hôpital de Dublin, le 13 avril 1832, avec les symptômes ordinaires d'une pneumonie aiguë, qui duraient depuis trois jours. On diagnostiqua une hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. Le traitement consista dans l'emploi des saignées locales et générales, du calomel et de l'opium à hautes doses. Le sang tiré de la veine n'offrit aucune couenne inflammatoire, et quoique les symptômes en parussent améliorés, ce-

pendant le stéthoscope indiqua le même état du poumon. Le troisième jour du traitement, il se manifesta une violente exacerbation qui fut suivie de la présence d'une crépitation humide mêlée à la respiration bronchique dans toute la région où régnait la matité, et le poumon droit donna des signes de bronchite générale. Ces symptômes, liés à la circonstance qu'il ne s'était manifesté aucun ptyalisme, portèrent le docteur Stokes à annoncer le troisième degré de la pneumonie. Vers cette époque, il se fit un changement remarquable dans les phénomènes stéthoscopiques. On entendit un gros râle au niveau de la racine du poumon, et le bruit respiratoire y prit tellement le caractère caverneux, qu'après un examen fréquemment répété, le docteur Stokes dit aux élèves qu'il ne pouvait se fixer sur la nature de ce symptôme, et qu'il n'osait affirmer s'il s'était formé ou non un abcès. La matité existait toujours. Le 7.e jour il survint des sueurs abondantes précédées de frissons. Cet état dura jusqu'au douzième jour, où le malade mourut.

Autopsie. — La muqueuse bronchique était généralement enflammée ; les plèvres offraient des adhérences récentes qui étaient plus marquées à gauche. Le lobe supérieur du poumon gauche était crépitant, quoique engorgé, mais son lobe inférieur, vu en dehors, représentait un sac renfermant une matière dont la couleur jaune était très-visible à travers la plèvre pulmonaire. En ouvrant cette espèce de sac, on trouva le tissu de ce lobe complètement disséqué et séparé de son feuillet pleural, par la suppuration du tissu cellulaire sous-séreux. Le tissu cellulaire inter-lobulaire et inter-vésiculaire était également tombé en suppuration, et avait opéré une dissection si complète des lobules et des vésicules, que tout ce lobe offrait un faisceau de petites grappes. Tous ces lobules, presqu'entièrement isolés, étaient entourés par la matière purulente, dans laquelle ils étaient suspendus par leur pédicule bronchique. Il n'y avait point d'air dans la cavité ainsi formée en dedans de la plèvre pulmonaire, et cependant extérieure au poumon, et l'on ne put découvrir aucune communication des bronches avec elle.

Le docteur Stokes n'a trouvé dans aucun ouvrage de pathologie rien qui ressemblât à cette terminaison de la pneumonie. Ce fait est favorable à l'opinion des pathologistes qui prétendent que l'inflammation pneumonique a son siège dans le tissu cellulaire inter-lobulaire et inter-vésiculaire, et qu'elle n'affecte les vésicules bronchiques que secondairement. Sans tirer aucune conclusion générale de ce fait, dit l'auteur anglais, toutefois si cette doctrine venait à être justifiée par des observations nombreuses, on concevrait alors avec plus de facilité comment un poumon qui a passé au troisième degré de la pneumonie peut revenir à l'état sain et reprendre ses fonctions. Quant à la difficulté des signes stéthoscopiques et à l'incertitude qui peut exister sur

la présence ou l'absence d'un abcès pulmonaire, il resterait à chercher de quelle manière le bruit respiratoire est modifié par l'interposition d'une grande quantité de pus entre les tubes bronchiques et la plèvre pulmonaire.

Les pathologistes de l'école de Dublin donnent à cette forme de pneumonie le nom de *pneumonie suppurante*. (*Dublin Journal of medical and chemical Sciences*, mars 1833, N.° 7.)

Cas rare d'anévrysme variqueux causé par une plaie d'instrument piquant. — M. W., étudiant en philosophie, âgé de 22 ans, fut blessé en duel d'un coup d'épée le 29 mars 1832; la lame avait pénétré de trois pouces de haut en bas et de dehors en dedans; la plaie extérieure était à un pouce au-dessous de la clavicule droite et au milieu de sa longueur, plus près néanmoins de son extrémité sternale; la lame était triangulaire, très-aiguë et fort mince à son extrémité. Quelques gouttes de sang s'échappèrent par la plaie extérieure, et le blessé se trouva mal à l'instant même. Sa cravate ayant été détachée, on aperçut au-dessus de la clavicule et dans le voisinage des gros vaisseaux carotidiens une tumeur qui tirait son origine de dessous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, augmentait de volume à chaque pulsation, et qui acquit bientôt celui de la tête d'un enfant nouveau-né; en peu de temps le blessé fut pris de suffocation, et perdit complètement connaissance; sa respiration devint râlante, et des mouvemens convulsifs presque tétaniques, avec dilatation de la pupille, nécessitèrent une saignée d'une livre et demie de sang qui diminua les symptômes de dyspnée. Le malade fut couché et la tumeur couverte de compresses froides; le lendemain elle était le siége d'une légère pulsation qui n'existait pas la veille, son volume était un peu diminué; et lorsqu'on approchait l'oreille on entendait un sifflement particulier, analogue à celui qui est produit par un liquide s'échappant à travers un orifice étroit. Les battemens de la tumeur étaient isochrônes à ceux du pouls, et la plupart des assistans trouvèrent les pulsations de la radiale du côté droit plus faibles que celles de la radiale gauche. Au-dessus de la tumeur la même différence s'observait dans les battemens des deux carotides. D'après ces symptômes il était plus que probable que la veine jugulaire interne communiquait avec la carotide correspondante. On continua les applications froides et l'on donna à l'intérieur une solution de tartrate acidule de potasse avec de l'eau distillée de laurier cerise: deux jours après la tumeur avait diminué de grosseur, les pulsations étaient toujours évidentes. Le 1er avril, la nuit fut agitée, il y eut des crampes dans les mollets, et une douleur vague le long du bras droit avec insensibilité des doigts médius, annulaire et auriculaire; le soir l'agitation s'accrut, la tête devint douloureuse, le pouls plein et fréquent, la soif ardente, on donna une émulsion d'amandes avec du nitre, de l'eau distillée de laurier cerise et l'esprit

de mindérerus. La tête fut entourée de compresses froides et les mollets couverts de sinapismes. Ces symptômes alarmans, qui semblaient indiquer une inflammation des gros troncs vasculaires, augmentèrent le jour suivant, on fit une saignée de douze onces. Le lendemain tout le corps devint sensible au moindre contact, le sommeil était agité et interrompu par des rêves pénibles; le 5 avril il y eut du délire, le malade s'élança de son lit, il avait néanmoins des intervalles lucides, cet état dura jusqu'au 7 avril. S'étant plaint de vives douleurs augmentées par la pression dans la région des hypochondres, on lui mit 20 sangsues *loco dolenti*, et on lui donna de simples émulsions; son état s'améliora, la tranquillité revint, et la douleur de tête disparut. Le 17 avril, la tumeur n'avait plus que le volume d'un œuf de poule, ses pulsations étaient aussi fortes ainsi que le sifflement, celles de la carotide étaient identiques des deux côtés. Le 30 novembre, huit mois après l'accident, la tumeur n'était plus aussi circonscrite qu'auparavant, mais elle était plus alongée et se rapprochait davantage du bord supérieur de la clavicule; le sifflement ne s'entendait plus que dans le point où la veine communiquait avec l'artère; les battemens étaient très-forts surtout quand le malade se livrait à de violens mouvemens musculaires, lui-même en avait la conscience lorsqu'il se couchait sur le côté malade, car alors ils augmentaient au point de rendre le sommeil impossible. Quand il reposait sur le côté sain, ils étaient très-faibles. Pendant une profonde inspiration la tumeur s'effaçait à l'instant même, on ne pouvait alors ni la voir ni la sentir, ce n'est que peu à peu qu'elle reparaissait et qu'elle redevenait sensible au doigt. Cet essai plusieurs fois répété à toujours donné les mêmes résultats. L'état général du malade était du reste excellent, il était plus fort et plus vigoureux qu'auparavant et commettait impunément de fréquens écarts de régime. (*Algemeine Medicinische Zeitung*. Avril 1833).

Névralgie cubito-digitale existant depuis plusieurs années malgré la section du nerf. — *Par Ant. Scarpa.* — Le professeur Viviani, après avoir long-temps souffert d'une sciatique rhumatismale, n'était pas encore guéri de cette affection malgré tous les traitemens employés, lorsqu'il commença à ressentir de temps en temps un fourmillement passager et un picotement brûlant à l'avant-bras gauche le long du bord cubital, puis au poignet, et de-là s'étendant au bord cubital de la main ainsi qu'au doigt annulaire et au petit doigt. Cette sensation était de courte durée; mais insensiblement elle devint plus prononcée, occupant toujours la même région, et s'étendant à toute la face palmaire du carpe. Toujours l'engourdissement arrivait de haut en bas jamais il ne commençait aux doigts pour remonter à l'avant bras. Cette sensation d'un fourmillement brûlant devint insensiblement une douleur vive, se manifestant par élancemens aigus, d'abord rares et

rapides, puis fréquens, prolongés et déchirans. Aucune cause appréciable bien démontrée ne leur donnait naissance, et ils cessaient de même spontanément. Le pouls seul offrait quelque altération pendant la période aiguë de l'accès; du reste toutes les fonctions étaient dans l'état normal, aussi la santé générale ne se ressentait aucunement de cette affection locale, qui était evidemment une névralgie cubito-digitale.

Pendant trois ans consécutifs on employa inutilement pour combattre cette affection, les cataplasmes, les linimens calmans, les vésicatoires, les frictions mercurielles, l'opium et tous les autres narcotiques. Ce fut alors que le malade consulta Scarpa et les professeurs Cairoli et Panizza. Le siège de la douleur qui résidait à la face palmaire du poignet, ses irradiations le long du bord cubital de la main, ainsi qu'au petit doigt et à l'annulaire, firent penser que le nerfs cubital n'était pas affecté dans toute son étendue, mais seulement dans la portion de son trajet que la douleur parcourait. Cette opinion était confirmée par l'observation suivante que le malade avait faite: dès que l'accès commençait à se manifester, s'il exerçait une forte compression un peu au-dessus de la région palmaire du carpe à l'aide du pouce de l'autre main, il réussissait à diminuer beaucoup la violence du mal, et même à prévenir entièrement l'accès; mais il ne fallait pas qu'il tardât trop. En con équence de ces remarques, il fut décidé qu'on pratiquerait la section du nerf cubital au-dessus du point où commençait sa douleur, afin d'isoler ainsi la portion saine du nerf de la partie malade. Le 9 juin 1827, le professeur Cairoli procéda à l'opération assisté du professeur Panizza et en présence de Scarpa. Comme le nerf cubital, un peu avant d'arriver au-devant du carpe, se divise en deux branches principales, interne et externe, il importait que la section fût pratiquée au-dessus de cette division. C'est pourquoi l'incision des tégumens fut faite un demi pouce environ au dessus de la saillie de l'os pisiforme, et prolongée en haut du côté du coude le long du bord radial du tendon du muscle cubital antérieur. La peau et l'aponévrose incisées, on pénétra avec précaution entre le cubital et le long palmaire palmaire jusqu'à l'artère cubitale qui est placée là avec le nerf et deux veines satellites; une artériole et une petite veine qui donnaient beaucoup de sang furent liées. Le nerf cubital fut ensuite isolé des vaisseaux dans l'étendue d'un pouce, et coupé au niveau de l'angle supérieur de la plaie des tégumens. A l'instant même le malade ressentit une secousse dans le petit doigt et l'annulaire, lesquels perdirent presqu'immédiatement la sensibilité et le mouvement, spécialement le petit doigt. Les bords de la plaie furent réunis à l'aide de bandelettes agglutinatives. Le malade, qui avait supporté l'opération avec le plus grand courage, n'éprouva, dit-il, qu'une très-faible partie des souffrances que chaque accès lui faisait endurer.

Pendant le reste de la journée et une partie de la nuit le malade eut du calme, mais vers le milieu de la nuit il survint un peu de fièvre avec gonflement douloureux de l'avant-bras, qui ne tarda pas à être suivi d'un accès violent, en tout semblable aux précédens pour son siège et la nature de la douleur, comme si le nerf cubital n'eût pas été coupé. Le lendemain, cataplasme sur l'avant-bras, saignée. Le jour suivant, la névralgie reparait à plusieurs reprises, commençant vers l'angle supérieur de la plaie, et s'étendant à l'annulaire et au petit doigt. Nouvelle saignée. Le quatrième jour la douleur est moins déchirante, le mieux se soutient du 13 au 16 juin; les jours suivans jusqu'au 20, il se manifeste de légers accès occupant toujours le même siège.

Dans la nuit du 21 au 22, le malade est en proie à un accès excessivement violent. On met de la charpie imprégnée d'opium dans la plaie. Le malade fut agité toute la nuit. Le lendemain il se déclara un accès qui dura un jour et demi, puis se calma un peu. Enfin la plaie se cicatrisa et les accès devinrent moins fréquens, l'annulaire et le petit doigt sont restés paralysés et fléchis; le doigt du milieu est aussi un peu fléchi, mais il a conservé toute sa sensibilité.

Le professeur Viviani écrivait à Scarpa le 9 avril 1831, quatre ans après l'opération, qu'il était tourmenté des mêmes douleurs, que les accès, de tems à autre aussi violens que dans le principe, avaient toujours le même siège, s'étendant à l'annulaire et au petit doigt (*Opuscoli di chirurgia di Ant. Scarpa.* vol. III).

Pneumatose de l'utérus; *obs. par le doct. Ray.*— La femme, sujet de l'observation suivante, est âgée de 40 ans, et mère de dix enfans; elle était dans le cinquième mois de sa dernière grossesse, lorsque je l'observai pour la première fois. Elle était souffrante, comme elle avait l'habitude de l'être dans cette situation; elle accusait de grandes douleurs dans toute la région utérine, que les secours de la médecine n'avaient pu calmer. Elle me rapporta que cet état de souffrance avait été attribué à la présence de vents dans la matrice, par un médecin que l'on avait consulté quelques années auparavant, et son histoire ne me laissa pas le moindre doute sur l'exactitude de cette opinion. Elle ne s'apperçut pour la première fois de cette maladie, qu'à sa seconde grossesse et à l'âge de vingt-trois ans; mais ce ne fut que long-temps après que le mal fut connu. Elle ressentait toujours des vents s'échapper du vagin, mais elle ne soupçonnait pas qu'il y eut quelques chose d'extraordinaire dans cette circonstance. Depuis cette époque, elle fut toujours sujette à cette maladie, soit qu'elle fût enceinte, soit qu'elle ne le fût pas. Seulement dans cette dernière condition, l'affection n'était accompagnée d'aucune incommodité, au lieu que dans sa grossesse elle développait toujours de violentes douleurs. Hors de l'état de gestation, elle sentait de l'air s'échapper du vagin trois ou quatre fois

par semaine, la fréquence de ce dégagement variait suivant le temps. Elle n'a jamais observé une accumulation d'air assez considérable pour donner lieu à un développement plus grand de l'abdomen. Quelquefois l'air était chassé avec bruit; durant la grossesse, l'air était moins souvent expulsé, et devenait par son accumulation la source des douleurs. Les douleurs commencèrent à se faire sentir dès les premiers instans où l'enfant remuait, et dès-lors cet état de souffrance et d'abattement se continuait jusqu'à la délivrance. Cette femme sentait que sa maladie n'avait pas, avec le temps, augmenté d'intensité ni souffert aucun changement sensible. Durant cette dernière grossesse, qui était de 1831, les douleurs qu'elle endurait lui semblaient plus violentes que dans les autres grossesses. En effet, les souffrances de cette pauvre femme étaient au-dessus de toute expression. Ordinairement à deux heures après-midi, elle commençait à ressentir des douleurs lancinantes dans toutes les parties du bas-ventre, qui devenaient plus aiguës et plus fréquentes, jusqu'à la fin de la soirée. Ces douleurs allaient ensuite en diminuant, et deux ou trois heures avant midi elles disparaissaient tout-à-fait. Pendant ces entrefaites on pouvait sentir au bas-ventre, sous la peau, de petites tumeurs de la grosseur d'une noix ou de celle d'un œuf de poules, mobiles, et disparaissant avec une grande rapidité lorsqu'on cherchait à les suivre; on le pouvait pendant quelques instans, mais il arrivait tout-à-coup de les voir s'évanouir sous les doigts. Telle a été la marche constante de cette maladie, depuis le temps où l'enfant a remué pour la première fois, jusqu'à sa délivrance. Je ne puis pas dire combien de fois l'air a été expulsé de la matrice durant la grossesse, mais ce qu'il y a de certain, c'est que le dégagement a été moins fréquent que dans l'état de vacuité de l'organe. Pour la soulager dans ces souffrances, je lui administrai l'acétate de morphine, et elle avoua que, sans ce médicament elle n'aurait pas pu supporter, dans l'état où elle se trouvait, les souffrances et le besoin de dormir. Car elle fermait rarement les yeux avant la fin de la nuit. Sa santé se ressentit en général de cette pénible gestation. Son tempérament était nerveux, lymphatique, et sa santé avait été très bonne jusque dans les derniers temps. Durant les quatre ou cinq dernières années, les digestions se faisaient mal, et elle avait plus ou moins de vents dans l'estomac et les intestins. (*Medical Magazine*, octobre, n.° 4, Boston).

Amniotite ou inflammation de la membrane amnios. — *Par le professeur Hohl.* — L'auteur a souvent observé cette phlegmasie sur des produits abortifs. Voici les symptômes qui l'accompagnent : Pendant la durée de cette inflammation, il s'écoule du vagin un mucus abondant, les mouvemens de l'enfant sont douloureux, et quand le ventre se ballonne passagèrement, les douleurs se font sentir à la partie infé-

rieure de l'abdomen, région où l'utérus peut-être palpé généralement sans causer de douleur. Les femmes se plaignent d'éprouver des douleurs périodiquement, tantôt de bonne heure, d'autres fois plus tard. Il peut arriver qu'elles ne les ressentent qu'une seule fois; plus souvent elles se manifestent dans les premiers mois de la grossesse: légères d'abord, elles augmentent ensuite de violence à mesure qu'elles se se renouvellent. Parfois elles ont un caractère aigu, d'autres fois chronique. Le repos et la tranquillité les calment. Les femmes enceintes affectées de maux de nerfs ou de digestion difficile en souffrent beaucoup plus. Souvent au troisième, cinquième, septième et huitième mois de la grossesse, la femme éprouve tout-à-coup des douleurs d'enfantement faibles et irrégulières, les eaux de l'amnios s'écoulent presque toujours son insçu, sinon il est rare alors que la poche des eaux tarde à se rompre. Les eaux sont troubles et fétides; le plus souvent le placenta est expulsé rapidement avec un fœtus mort; rarement faut-il le détacher avec la main. Dans le premier cas, le placenta ne présente rien de particulier, dans le second cas, il est ramolli et porte les traces de ses parties les plus adhérentes. Quelquefois la membrane amnios est molle, tomenteuse, adhérente au chorion, épaissie dans quelques points ou dans toute sa circonférence, opaque, enduite d'un mucus jaunâtre. On voit à sa surface un grand nombre de ramifications vasculaires excessivement ténues, formant çà et là de petits faisceaux isolés. Dans d'autres parties on remarque de petits points rouges, et dans d'autres des taches de sang coagulé auxquelles aboutissent de nombreux vaisseaux. Avec cette phlegmasie, le bruit circulatoire est généralement sibilant, le pouls du fœtus accéléré. Tous les accidens ne cessent pas toujours avec l'accouchement; c'est surtout ce qui arrive quand le placenta participait à la maladie, ou lorsqu'elle s'est manifestée dès les premiers mouvemens de l'enfant. (*Allgmeine medizinische Zeitung*. num. XXXIV, an. 1833).

Thérapeutique.

Observation de ligature de l'artère sous-clavière pour une hémorrhagie, suivie de quelques remarques sur les hémorrhagies des plaies suppurantes; par *Blasius*, *professeur à Halle*. — Un jeune homme âgé de 22 ans, fort et bien portant, reçut en duel une blessure dans l'aisselle droite: une forte hémorrhagie qui s'ensuivit immédiatement fut arrêtée par la pression de la plaie et la compression de l'artère sous-clavière au-dessus de la clavicule, et n'avait pas reparu lorsque Blasius fut appelé. La plaie avait trois pouces d'étendue, traversait obliquement de bas en haut et d'arrière en avant toute la largeur de l'aisselle, et les bords s'écartaient de la largeur de la main dans sa partie moyenne. La peau seule paraissait intéressée, excepté au-devant du tendon du grand dorsal où la plaie était plus profonde et

où le doigt pénétrait jusque dans le voisinage de l'artère axillaire. Au bout d'une heure, une nouvelle hémorrhagie survint; la plaie avait été laissée à découvert; la pression de celle-ci arrêta de nouveau l'écoulement du sang, et l'examen le plus attentif ne put faire découvrir l'artère blessée. La plaie, du traitement de laquelle Blasius ne fut pas chargé, fut réunie par des points de suture; elle se cicatrisa en partie par première intention, et suppura dans la reste de son étendue. Au bout de huit jours une nouvelle hémorrhagie plus abondante que les autres ne s'arrêta que par la syncope, le malade ayant été abandonné à lui-même. Une quatrième hémorrhagie eut lieu huit jours après; on l'arrêta avec un tampon saupoudré de colophane et d'alun; le sang reparut peu de temps après, mais le même moyen réussit à en empêcher l'écoulement. Le malade fut alors transporté à l'hôpital et confié à Blasius; il était fort épuisé par la perte du sang. Au bout de 36 heures l'hémorrhagie reparut, et quoiqu'on parvînt à la suspendre au moyen de charpie imbibée de l'eau de Binelli, et placée sur l'ancien tampon, elle fut environ d'une livre et demie. Blasius, arrivé auprès du blessé, fut obligé d'enlever l'appareil dont la pression était insupportable, et le sang reparut. La plaie était réduite à une ouverture que l'on pouvait couvrir avec le pouce, et au fond de laquelle on sentait une tumeur pulsative. L'artère sous-clavière fut immédiatement comprimée, et Blasius procéda à la ligature de ce vaisseau au-dessous de la clavicule. L'opération fut longue et pénible, à cause de la position défavorable du malade, position que l'on craignit de changer pour ne pas augmenter la perte du sang qui, malgré la pression de la plaie et de l'artère sous-clavière au-dessus de la clavicule, continua à couler jusqu'à ce que la ligature eût été appliquée. Le malade resta dans un état de syncope presque continuel pendant l'opération; il s'affaissa ensuite toujours davantage. Deux heures après il expira. A l'autopsie on trouva l'artère et la veine axillaires intactes; il est probable que quelques-unes des grosses branches de l'artère axillaire avaient été ouvertes, ce dont au reste on ne peut s'assurer. L'artère sous-clavière avait été parfaitement liée.

Cette observation est suivie de quelques réflexions sur les hémorrhagies secondaires qui peuvent compliquer les plaies. Blasius les divise en celles qui surviennent avant la suppuration et celles qui ont lieu lorsque la suppuration est établie. Jusqu'à ce que la sécrétion du pus commence, la congestion sanguine qui a lieu avant et pendant l'inflammation, et l'état de turgescence de tout le système vasculaire, mais surtout l'afflux plus considérable du sang vers les ouvertures des vaisseaux, sont les causes qui déterminent les hémorrhagies secondaires. Dans une plaie suppurante cet afflux du sang n'a plus lieu ou du moins ne joue plus qu'un rôle secondaire, et la cause principale des hémorrhagies est le déplacement par le pus des obstacles méca-

niques qui opposaient une digue au sang. Ces obstacles peuvent être des corps étrangers, comme une balle, mais plus fréquemment ce sont des caillots, et cela surtout dans les plaies par instrumens piquans, soit parce qu'on réussit rarement à lier le vaisseau blessé au moment de l'accident, soit parce que les caillots se forment plus facilement dans ce genre de plaie, soit enfin parce que le pus ne trouvant pas une libre issue s'étend profondément et détruit la lymphe plastique qui oblitérait le vaisseau. Les tampons et les styptiques sont encore une cause fréquente d'hémorrhagie secondaire, en ce qu'ils déterminent non seulement la suppuration de la plaie, mais souvent aussi celle du vaisseau; aussi faut-il les éviter autant que faire se peut. — Enfin c'est encore à la suppuration de l'artère qu'il faut attribuer les hémorrhagies qui surviennent après la ligature. Pour arrêter ces hémorrhagies, il ne faut compter ni sur la ligature de l'artère dans la plaie, ni sur la compression et les styptiques. Cependant ces derniers moyens sont les principaux qu'offrent la chirurgie, si l'on ne veut pas immédiatement employer une ressource plus difficile et nullement plus dangereuse, la ligature de l'artère entre la plaie et le cœur. — Cette opération doit être pratiquée dans les cas pressans. Les dangers qui l'accompagnent sont considérables, et la sécurité qu'elle donne n'est pas absolue; mais c'est certainement le moyen le plus puissant pour arrêter les hémorrhagies secondaires. (*Magazin de Rust*, 39.e vol., 3.e cah.)

Du traitement de la syphilis a la clinique chirurgicale de l'université de Halle; *par le docteur Blasius*. — Dans les accidens secondaires de la syphilis, l'oxyde rouge de mercure fut employé avec succès d'après la méthode suivante. Pendant les cinq premiers jours le malade le prend à la dose de 2/5 de grain; tous les cinq jours on augmente la prise de 1/5 jusqu'à ce que la maladie s'amende; alors on revient par degré à la quantité première. Ce médicament s'administre en poudre et en pilules, d'après les formules indiquées ci-après. Il est rare qu'on donne plus d'un grain par 24 heures, souvent les accidens cessent avant qu'on ait atteint cette dose, souvent aussi on a été obligé de la dépasser; c'est ainsi que des individus ont pris pendant quelque temps deux grains d'oxyde par jour. Le régime doit être assez sévère, cependant les malades peuvent se livrer à leurs affaires, et continuer leur genre de vie pourvu qu'ils ne commettent point d'excès; c'est un des avantages que cette méthode a sur celle ou on emploie le sublimé ou le calomel. Tous les médecins savent que le moindre écart de régime pendant la durée du traitement peut avoir les suites les plus fâcheuses. Les applications locales sur les condylomes, les ulcères, sont de peu d'importance, les soins de propreté suffisent.

On voit survenir quelquefois pendant l'usage du précipité rouge des douleurs d'estomac : on les combat par des boissons mucilagineuses;

des nausées et des vomissemens: on les fait cesser en administrant après la poudre une infusion de melisse ou d'une autre plante aromatique; enfin s'il y a de la diarrhée, on associe l'opium à l'oxyde; mais ces accidens sont infiiniment plus rares que pendant l'usage du sublimé, et l'on n'observe jamais ces douleurs de poitrine et ces crachemens de sang qui accompagnent si souvent l'emploi du deutochlorure

L'oxyde rouge détermine souvent la salivation, la diminution des doses ne tarde pas à la faire cesser. Il serait pen convenable de l'employer dans les symptômes primitifs de la maladie véoérienne, son action est trop lente (40 jours au moins) et le calomel agit aussi bien et plus vite; l'action du sublimé est encore plus prompte, mais il ne faut pas l'administrer suivant la méthode de Dzondi, car il produit un effet appréciable, alors seulement qu'on est arrivé à des doses un peu forte.

Pour combattre les formes rebelles de la syphilis, les douleurs ostéocopes, les ulcérations du pharynx, etc., le professeur Blasius accorde la préférence à la décoction de Zittmann. Ces cas exceptés, l'oxyde rouge de mercure lui a paru présenter des avantages tels, qu'il le soumet avec confiance aux praticiens pour que l'expérience achève de décider sur sa valeur,

Voici les formules des poudres et des pilules:

♃ *Poudre*. Oxyde rouge de mercure gr. ij; sucre blanc ℈ x. *Divis.* en dix parties égales. On en donne un paquet matin et soir, et tous les cinq jours un de plus.

Pilules. ♃. Oxyde rouge de mercure, gr. iv, mélés avec une petite quantité de sirop; mie de pain, sucre, blanc, ana q. s., F. 70 pil. On en prendra 4 le matin et 4 le soir et 4 de plus tous les cinq jours. (*Algemeinische medicinische Zeitung*, fév. 1833).

Emploi de l'iode contre la salivation mercurielle, *par Hufeland*. — Dans l'hôpital de la Charité de Berlin, le docteur Kluge a confirmé par de nouveaux faits les observations du docteur Knod, sur l'efficacité de l'iode contre le ptyalisme mercuriel. Il a vu, sous l'influence de ce moyen, les douleurs cesser, la tuméfaction des glandes se dissiper, la salivation se tarir, et les ulcérations mercurielles se cicatriser. Tous ces effets se manifestent quatre ou six jours après l'administration de l'iode à la dose de deux grains par jour, et dont on augmente progressivement la quantité jusqu'à quatre grains. Voici la formule du docteur Kluge: ♃ iode très-pur, cinq grains; alcohol rectifié, deux grains, faites dissoudre et ajoutez eau de canelle, deux onces et demi; sirop simple, une demie once. On donne d'abord, deux fois par jour une demi-cuillerée de cette solution, puis une cuillerée entière matin et soir. (*Même Journal.*)

Traitement curatif de la blenorrhagie; *par le docteur G. A. Pitschaf.* — Pour guérir promptement la bleunorrhagie, à quelque époque que ce soit de la maladie, l'auteur prescrit la thérébentbine administrée de la manière suivante: ♃ Eau de menthe poivrée, quatre

onces; térébenthine de Venise, un demi gros; mucilage de gomme arabique, quantité suffisante pour faire une émulsion à laquelle on ajoute, eau d'amandes amères un gros et demi, et sirop d'orgeat une demi-once. — La dose est d'une cuillerée d'heure en heure.

Si le malade est d'un tempérament irritable, le docteur Pittschaf préfère la formule suivante · ♃ infusion d'un demi-gros de feuilles de jusquiame dans six onces d'eau bouillante; térébenthine de Venise un demi-gros; mucilage de gomme arabique suffisante quantité pour faire une emulsion, à laquelle on ajoute sirop d'orgeat une demi-once. La dose est également d'une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Quand les testicules sont douloureux, que le malade a déjà été affecté plusieurs fois de la blenorrhagie, s'il est d'une constitution scrofuleuse, on prescrit alors cette autre formule. ♃ Feuilles de ciguë, un scrupule à infuser dans quatre onces d'eau bouillante; térébenthine de Venise, un demi gros; mucilage de gomme arabique, quantité suffisante pour faire une émulsion; eau d'amandes amères concassées, une once; sirop de canelle, une once. La dose est la même.

En général, quelle que soit celle des formules qu'on mette en usage, il suffit de la réitérer trois ou quatre fois pour guérir la blennorrhagie, sauf les écoulemens anciens, lesquels exigent qu'on prenne plus longtemps de l'une ou l'autre de ces potions. Il est bien entendu que le malade doit s'abstenir d'alimens excitans et flatulens. Pour boisson ordinaire, il fera usage d'eau pure ou sucrée, d'eau de Seltz coupée avec du lait tiède, de bière légère, d'émulsion d'amande. Il faut lui faire porter un suspensoir, et lui faire prendre quelques bains tièdes. On pourrait ajouter à la potion un peu d'opium s'il survenait de la diarrhée. Ce traitement est également applicable à la femme. (Hufeland's *Journal der pracktisch. Heilkunde*, mai 1833).

Moyen de faire cesser rapidement une constipation opiniatre; — *par le docteur Williams.* — Un jeune homme affecté d'iléus, éprouvait en même temps que des vomissemens continuels, une constipation que rien n'avait pu surmonter. Les purgatifs sous toutes les formes, les émissions sanguines, les lavemens de toutes espèces et avec le tabac, les bains tièdes, le mercure coulant, etc. Aucun de ces moyens n'avait pu exciter d'évacuations. Dans cette conjoncture le docteur Williams eut recours au moyen suivant: il prit une seringue ordinaire à laquelle il fixa une longue canule de gomme élastique; après l'avoir introduite le plus haut possible dans l'intestin, et pendant qu'un aide maintenait avec les doigts le pourtour de l'anus resserré et appliqué exactement autour de la canule, le docteur Williams attira subitement avec beaucoup de force le piston de la seringue de manière à faire le vide dans cette dernière. Le malade s'écria aussitôt que quelque chose venait de se déplacer dans son ventre, et peu d'instans après il rendit une énorme quantité de matières fécales, et tomba en

syncope. Il revint assez promptement à lui, et se rétablit rapidement n'ayant éprouvé qu'un peu de salivation, due probablement, dit le docteur Williams, à l'absorption d'une petite quantité du mercure qu'on avait ingérée à plusieurs reprises dans l'estomac. Il attribue surtout le succès du moyen employé à l'occlusion parfaite de l'anus qui ne laissait aucun interstice autour de la canule, circonstance de laquelle dépend en particulier la possibilité de faire le vide dans la portion de l'intestin inférieure aux matières accumulées; il pense qu'alors les gaz contenus au-dessus de ces matières tendent à se précipiter dans la partie où l'aspiration vient d'être faite, et que c'est ainsi qu'ils déterminent la descente des fèces dans le rectum. Peut-être, ajoute-t-il, ferait-on plus facilement le vide dans cet intestin, en introduisant la canule passée dans un bouchon qui fermerait exactement l'anus.

Dans un second cas, la même opération fut également couronnée d'un plein succès; la constipation n'était pas aussi ancienne. Chez une jeune fille de douze ans, les purgatifs, les lavemens, les émissions sanguines, etc., avaient été employés sans aucun résultat, quand le docteur Williams la vit : son état était alors très-alarmant; à peine eût-on fait le vide dans le rectum, qu'elle ressentit le besoin d'aller à la garde-robe, et, en effet, elle rendit d'abord une énorme quantité de gaz, et immédiatement après une telle abondance de matières qu'elle perdit connaissance. Revenue à elle à l'aide des moyens usités dans pareils cas, cette jeune personne se rétablit très-promptement.

Il n'est pas douteux, suivant le docteur Williams, que dans des cas désespérés d'iléus, ce moyen ne puisse avoir une grande efficacité. Toutefois, il faut l'employer avec beaucoup de circonspection, car si l'on agissait ainsi sur l'intestin enflammé, il pourrait en résulter des accidens fâcheux. (*The Lancet*, février 1833).

Obstétrique.

Remarques sur l'injection de l'eau froide dans le cordon ombilical pour obtenir le decollement du placenta, *par le professeur Hohl.* — Ce procédé, qui a été employé et recommandé d'abord par M. Mojon, réussit, dit l'auteur, pourvu qu'on ne l'emploie pas trop tardivement, et que la veine ombilicale ne soit pas trop remplie de sang. Rarement une seule injection suffit. Aussitôt qu'on a injecté une quantité d'eau médiocre, si l'on applique le stéthoscope sur la région correspondante à l'insertion du placenta, on entend un bruit qui semble venir de loin, qu'on ne peut comparer à aucun bruit circulatoire, et qui n'offre aucun rapport avec les mouvemens du pouls de l'accouchée. Dans les cas favorables, ce bruit devient très-prononcé, et aussitôt après l'injection, on entend quelques bruissemens sonores, qui peu à peu se multiplient. A ces sons en succède un autre plus fort, très-différent

des premiers, isochrône aux battemens du pouls, qui est bientôt suivi d'une contraction utérine, généralement accompagnée de douleur. Le docteur Hohl touche la femme pour voir si le décollement du placenta ne suit pas l'injection, quand l'utérus présente des contractions spasmodiques, ou lorsqu'il n'a point entendu les bruissemens sonores dont il vient d'être question. Il pense que cette sorte de bruit est produit par le liquide qui s'échappe des vaisseaux, irrite la face interne de l'utérus, gonfle le placenta, et détermine ainsi les contractions utérines. Quand le placenta est encore adhérent à toute sa circonférence, on n'observe en effet aucune contraction, et l'on n'entend aucun bruit. Le professeur Hohl propose, au lieu d'eau simple, l'eau aiguisée d'acide hydrochlorique. Dans les cas où l'extraction du placenta ne peut être effectuée qu'à l'aide de la main, l'injection aide et facilite beaucoup cette opération. (*Allgmeine medizinische Zeitung*, numéro XXXIV, 1833).

Académie royale de Médecine.

Séance du 17 *décembre.* — CONTINUATION DE LA DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE. — M. Villeneuve propose que trois membres soient ajoutés à titre de suppléans aux neuf membres composant le conseil médical, pour y remplacer ceux de ces derniers qui pourraient être empêchés par maladie ou autre cause. Adopté.

L'article 9 du projet, qui établit que les conseils médicaux se renouvelleront par tiers tous les trois ans; que les membres sortans ne seront rééligibles qu'au bout de trois ans, et que les membres élus devront être de la même profession que les membres sortis, est aussi adopté.

L'art. 10 est mis en discussion; il établit que le conseil médical, en entrant en exercice, se nommera un *président*, un *rapporteur chargé de remplir dans le conseil les fonctions du ministère public*, un *secrétaire*; et qu'il lui sera attaché un *agent salarié* pour la tenue des registres, l'expédition des actes, etc. — M. Adelon remarque que constituer dans le conseil un *rapporteur* chargé des fonctions du ministère public, c'est trancher une question très-litigieuse, et qu'il se propose de combattre de tout son pouvoir, celle de savoir si les conseils auront une autorité disciplinaire : il demande que l'article soit voté avec réserve sur cette institution d'un membre rapporteur. Adopté.

Arrive alors le titre important des attributions des conseils médicaux. Les cinq premières sont adoptées après courte discussion, savoir : 1.° que les conseils vérifieront les titres des personnes qui veulent exer-

cer dans le département une branche quelconque de l'art de guérir ; 2.° qu'ils dresseront et feront publier la liste des individus qui exercent dans le département ; 3.° qu'ils signaleront aux tribunaux compétens tous les individus qui exercent sans titre légal dans le département une des branches de l'art ; 4.° qu'ils dénonceront aux autorités compétentes les individus qui, dans un établissement quelconque, exerceront des fonctions de l'art de guérir, sans avoir les grades et les titres requis ; 5.° enfin, qu'ils dévoileront aux autorités judiciaires les contraventions aux lois et réglemens, tant par les hommes de l'art que par les autres citoyens, relativement à la composition, préparation, vente et distribution des médicamens, tant simples que composés. — L'inscription sur les listes est la seule attribution qui ait provoqué une discussion. M. Villeneuve remarque que ces listes sont faites aujourd'hui avec peu d'exactitude ; qu'à Paris, par exemple, plus de 500 médecins n'y sont pas portés, et entr'autres le Doyen de la Faculté. M. Adelon regrette que la loi actuelle n'ait pas attaché une pénalité quelconque à l'omission de la formalité qui veut que tout médecin, immédiatement après sa réception, fasse enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal de première instance du lieu où il veut exercer. Il demande si l'inscription au conseil médical dispensera des deux inscriptions prescrites par la loi actuelle. — M. Double réplique que les trois inscriptions seront nécessaires et ordonnées.

La discussion s'engage sur l'article 6 du titre des attributions, et qui statue ; *que les conseils médicaux poursuivront d'office devant les tribunaux tous les délits relatifs à l'art de guérir qu'ils auront déférés à la justice.* — M. Adelon demande ce que la commission a entendu par ces mots, *poursuivre d'office* ; il désirerait que les membres de l'Académie qui sont professeurs à l'Ecole de pharmacie, fissent connaître leur mode d'agir dans les attributions de police médicale qu'ils exercent au nom de l'Ecole de pharmacie. — M. Double répond que par ces mots, la commission a voulu surtout affranchir les conseils médicaux de toutes demandes de dommages-intérêts, soit au profit des inculpés, soit au profit de l'État, dans les cas où les instances engagées par les conseils médicaux seraient jugées non fondées. — M. Pelletier, professeur de l'Ecole de pharmacie, expose : que dans ses poursuites relatives à la police médicale, l'Ecole de pharmacie, accompagnée d'un commissaire de police, constate le délit, en dresse procès-verbal, et envoie ce procès-verbal au préfet de police. Celui-ci, à son gré, ne donne aucune suite à l'affaire, ou l'adresse au procureur du roi ; et ce magistrat encore est maître, ou d'abandonner la poursuite, ou de la suivre. Une telle marche, selon M. Pelletier, entraine beaucoup de lenteur, et presque toujours impunité, parce que l'affaire n'est pas suivie. Il désirerait que les magistrats fussent obli-

gés de donner suite à toutes plaintes des conseils médicaux, et même qu'au cas d'acquittement en première instance, ceux-ci eussent droit d'appel direct en Cour royale. — M. Adelon remarque qu'il y a ici à choisir entre trois systèmes : 1.° les conseils médicaux dénonceront aux magistrats, et ceux-ci seront juges de la convenance à suivre ou à abandonner la poursuite; c'est ce qui est dans les lois actuelles, et le système qu'il approuve, parce qu'il est bien difficile de donner à des citoyens le droit d'imposer à des magistrats des poursuites; le 2.d système de M. Pelletier, que veut que, non-seulement les conseils médicaux portent plainte, mais que les magistrats soient obligés de donner suite à leurs plaintes, et même que les conseils aient le droit direct d'appel; 3.° enfin le système de la commission, qui fait plaider la plainte du conseil médical par un des délégués du conseil, ou par un avocat parlant en son nom. Or, il ne peut donner son adhésion à un pareil système, et espère que l'Académie le repoussera. Après discussion, l'Académie adopte le second de ces systèmes, celui de M. Pelletier.

Est adopté sans discussion l'art. 7, qui donne aux conseils médicaux l'attribution de provoquer auprès des autorités compétentes l'institution des médecins cantonnaux pour les lieux qui en auront besoin.

L'art. 8 établit que les conseils médicaux éliront, sur une présentation multiple faite par les autorités locales, et après un examen public, les médecins cantonnaux. — M. Adelon reproduit ici la proposition faite par M. Villeneuve, d'établir le contraire de ce que stipule l'article; savoir, la présentation par les conseils médicaux et le choix par les autorités locales. D'abord, c'est plus conforme à ce qui se fait aujourd'hui dans tous les cas semblables. Ensuite, on est sûr d'aveir de bons choix, puisqu'ils ne pourront porter que sur les présentés, lesquels l'auront été par des individus compétens, les membres du conseil. Enfin il importe d'intéresser les autorités locales à l'institution des médecins cantonnaux, et on les en détachera si on ne leur laisse pas le choix de ceux-ci. M. Adelon repousse aussi l'examen proposé par la commission; les médecins cantonnaux ne pouvant être pris que parmi les docteurs, toutes les garanties sont acquises; l'examen proposé par la commission sera un épouvantail qui pourra éloigner beaucoup de prétendans au titre de médecin cantonnal, qui offrira déjà assez peu d'avantages par lui-même. — M. Bouillaud défend le principe de l'examen sous le nom de *concours*, et M. Burdin au contraire appuie la proposition de supprimer l'examen. MM. Moreau et Velpeau appuient aussi la modification proposée par M. Adelon, d'après M. Villeneuve, et au contraire M. Double la combat sur ce motif que confier le choix aux autorités locales, ce serait le remettre entre les mains d'individus non compétens. — M. Barthélemy lui répond, que leur choix ne pourra être mauvais, étant renfermé dans une liste d'individus dignes d'être présentés par les conseils. Il ajoute qu'il y a

convenance à laisser le choix à ceux qui paient. Après discussion prolongée, l'Académie décide, 1.° la suppression de l'examen proposé par la commission ; 2.° que les médecins cantonnaux seront élus par les autorités locales sur une présentation multiple faite par les conseils médicaux.

Séance du 21 décembre. — M. le président met en discussion l'art. 9 ainsi conçu : Que les conseils médicaux constateront, par des examens suffisans, la capacité des herboristes et sages-femmes des départemens, mais seulement pour les lieux éloignés des Facultés et des Écoles. Sur la proposition de M. P. Dubois, l'Académie décide qu'elle traitera séparément la question des herboristes, et celle des sages-femmes.

M. Lodibert propose la suppression de la profession d'herboriste : les pharmaciens peuvent vendre les plantes médicales indigènes fraîches et sèches aussi bien que les herboristes ; et ceux-ci abusent de leur titre pour faire indument et au grand péril du public la médecine et la pharmacie. Si contre son opinion, l'académie maintient l'herboristerie, au moins qu'elle soit réduite à la vente en gros de plantes indigènes sèches, qu'elle ne soit plus qu'une *droguerie indigène*, et que les herboristes cessent d'être soumis à un examen qui leur donne aux yeux du public un caractère scientifique dont ils abusent.

Cette opinion de M. Lodibert est appuyée ; par M. Villeneuve qui expose les empiètemens nombreux des herboristes de Paris sur la médecine et la pharmacie ; par M. Velpeau qui cite un cas d'empoisonnement produit par une plante vendue pour guérir du choléra ; par M. Maingault qui dit que la suppression des officiers de santé entraîne celle des herboristes ; par M. Robinet, qui annonce que tous les corps médicaux consultés par le gouvernement ont été unanimes pour supprimer les herboristes ; par M. Chevalier qui reproche aux herboristes de ne savoir pas même bien dessécher et conserver les plantes, etc.

Elle est combattue au contraire ; par M. Renauldin qui énonce que les herboristes sont très-utiles dans les petites ville et dans les bourgs ; par le rapporteur de la commission, qui rappelle que l'institution des herboristes remonte à la plus haute antiquité, ce qui prouve qu'elle est d'un pressant besoin pour la société. M. Pelletier dit aussi être retenu par le devoir de respecter des positions acquises, et s'élève surtout contre la suppression de l'examen que, dans la législation actuelle, on fait subir aux herboristes. M. Adelon remarque que la question n'intéresse guères que cinq à six grandes villes de France ; il n'y a pas d'herboristes dans les petites villes, ni dans les villages, et dans les 29 départemens qui ressortent de la Faculté de Paris, le jurys médicaux ne reçoivent pas plus de deux à trois herboristes par an, ce qui prouve le peu d'importance de la profession. Le seul argument à faire valoir en faveur des herboristes est, qu'ils vendent les plantes

meilleur marché que les pharmaciens; mais cet avantage est accompagné de tant d'abus qu'il est d'avis de la suppression des herboristes.

La discussion est close, et l'Académie vote la *suppression des herboristes*. Les conseils médicaux cependant feront les examens de ceux des herboristes actuels qui passeront d'un département dans un autre, ainsi que ceux des officiers de santé qui seront dans le même cas.

M. P. Dubois aborde la discussion relative aux sages-femmes. Il rappelle que, dans l'état actuel de la législation, les sages-femmes sont reçues de trois manières : 1° Aux Facultés de médecine, et celles-là ont le droit d'exercer dans tout le royaume, 2° à la maison d'accouchement de Paris, et celles-ci reçoivent un titre pour un département déterminé, et sur la présentation de ce titre le jury médical de leur département leur donne sans nouvel examen, un diplôme; 3° enfin aux jurys médicaux. Les sages-femmes de ces deux derniers ordres ne peuvent exercer que dans leur département. La loi nouvelle ne change rien à la condition des deux premières espèces de sages-femmes et ne touche qu'à la dernière; en supprimant les jurys médicaux, elle laisse à décider quel corps recevra les sages-femmes des départemens : la commission confie ce soin aux conseils médicaux. Or, M. P. Dubois doute que ces conseils aient l'aptitude suffisante pour ces examens.

M. Adelon appuye la proposition de la commission; rien n'est changé aux réceptions faites par les Facultés et par l'école de la Maternité de Paris; l'article ne statue que pour les sages-femmes qui étaient reçues par les jurys; ceux-ci étant supprimés, on ne voit que les conseils médicaux auxquels on puisse confier ces réceptions. Sur les 6 médecins et chirurgiens dont ils seront composés, il y en aura bien trois capables d'interroger les sages-femmes, et aujourd'hui ces examens ne sont faits que par trois interrogateurs. Ajoutez que le conseil médical ne sera chargé de ces examens que dans les départemens où il n'y aura ni Faculté ni École secondaire de médecine. Il faut seulement rédiger l'article de manière qu'il exprime mieux ce dernier fait.

L'article, combattu par MM. Lodibert et Velpeau, appuyé par M. Moreau, est adopté avec la correction proposée par M. Adelon.

Séance du 24 décembre. — M. Double lit l'art. 10, qui donne aux conseils médicaux le droit de surveiller la discipline des écoles secondaires dans les départemens où il en existe : il fait remarquer que cet article était nécessaire, tant que les écoles secondaires de médecine ont été exclusivement régies par les autorités locales; mais aujourd'hui que ces écoles sont des établissemens universitaires, il n'est ni utile ni convenable, et la commission le retire. MM. Orfila et Adelon annoncent qu'ils se proposaient d'en demander la suppression. Elle est adoptée.

La discussion s'engage sur l'article 11, qui donne aux conseils la

mission de visiter dans le département les pharmaciens, les boutiques et magasins des droguistes, les épiciers et herboristes, les diverses collections des médicamens dans les établissemens publics, et chez les médecins et officiers de santé autorisés à en débiter.—M. Orfila craint que les conseils médicaux ne puissent suffire à cette tâche des visites; aujourd'hui, les jurys médicaux qui en sont chargés ont quatre pharmaciens et les conseils médicaux n'en auront que trois. Cependant, les pharmaciens sont certainement les membres les plus compétens pour cette fonction. Peut-être faudrait-il instituer pour ces visites des commissions d'arrondissement. Il faut aussi stipuler qui en fera les frais. — M. Adelon craint aussi que le nombre de trois pharmaciens dans le conseil médical ne soit pas suffisant, et il voit là une nouvelle preuve du tort qu'a eu l'Académie de fixer la composition des conseils médicaux avant d'avoir réglé leurs attributions.

M. Boulay croit au contraire qu'un pharmacien assisté d'un médecin suffira pour ces visites; il insiste surtout pour qu'elles se fassent à des époques non prévues. M. Adelon lui objecte que cette dernière circonstance est le plus souvent impossible, les visiteurs devant être accompagnés d'un officier de police, et l'administration supérieure étant obligée de prévenir les maires, du jour de la visite, pour que ceux-ci puissent faire assister les visiteurs.

M. Pelletier rappelle que ces visites sont aujourd'hui une des attributions des écoles de pharmacie, et il demande que cette attribution leur soit conservée. Son opinion est appuyée par M. Robiquet, qui se fonde sur ce que le prix de ces visites est la seule richesse des écoles de pharmacie, lesquelles ne coûtent rien au gouvernement.

MM. Boulay et Double au contraire établissent que la commission a voulu séparer tout-à-fait l'enseignement et la police de l'art, et renfermer les écoles dans ce qui est des études : ils croient qu'en retirant aux écoles cette attribution des visites, on les relève plus qu'on ne leur nuit.

Des explications sont aussi demandées sur ce que la commission a entendu par ces mots, *Collections de médicamens dans les établissemens publics*; il est bien expliqué qu'il s'agit seulement des officines des hôpitaux, des prisons, etc.

L'article finit par être adopté, tel qu'il a été proposé par la commission.

L'art. 12 est mis en discussion; les conseils médicaux seront chargés de faire exécuter fidèlement par les élèves en pharmacie, les règlemens auxquels ceux-ci doivent être assujétis, et particulièrement à l'égard de leur stage dans les officines : les certificats de ces stages devront être délivrés par les conseils médicaux.

M. Adelon se réserve de discuter plus tard quelques-unes des formalités qu'on impose aux élèves en pharmacie, et qui sont stipulées

dans des articles spéciaux relatifs à l'art de la pharmacie ; plusieurs de ces formalités lui semblent être vexatoires sans être utiles, et surtout ne pas devoir ressortir des conseils médicaux. Il ne traitera ici que de la manière de constater le stage. Au système proposé par la commission, il préfère celui qui est ordonné par la loi actuelle ; la loi du 21 germinal an XI. Les art. 6 et 7 de cette loi veulent que le stage des élèves en pharmacie soit constaté par un enregistrement sur un registre ouvert, dans les écoles de pharmacie pour les villes où siégent ces écoles, et dans les mairies pour les villes où il n'y a pas d'écoles. Ce système est certainement plus facile et offre autant de garantie que le système de la commission, qui exigera de nombreuses écritures, et dans lequel on sera obligé d'en croire un élève en pharmacie et un pharmacien sur leur parole. On objectera peut-être que ce que prescrit aujourd'hui la loi n'est pas exécuté ; mais il n'en sera plus de même avec la mission donnée aux conseils médicaux de surveiller l'exercice de toutes les lois sur la police médicale. Il conclut donc à ce qu'on ne change rien sous ce point de vue à la législation actuelle.

M. Boulay soutient la proposition de la commission, dont la pensée a été de substituer le plus souvent possible le tribunal de famille à l'autorité administrative. — M. Lodibert l'adopte aussi, mais en exprimant le vœu que l'inscription de l'élève se renouvelle tous les trois mois, et se constate par trimestre comme celle des élèves de médecine. — M. Double combat cette addition proposée par M. Lodibert, à raison des difficultés d'exécution ; il ajoute que les visites fréquentes faites par les conseils, les mettront à même de vérifier la réalité des stages : par le système de la commission, d'ailleurs, un élève en pharmacie est facilement suivi dans la série des officines où il est successivement admis.

L'amendement de M. Lodibert est rejetté, et l'article de la commission adopté.

Séance du 28 décembre. — M. le président met en discussion l'art. 13 qui charge les conseils médicaux de *prévenir et concilier par tous les moyens possibles les contestations nées entre les individus pratiquant une des professions de l'art de guérir et pour des actes relatifs à l'exercice de ces professions.* M. Adelon fait remarquer que cet article est à peu près copié textuellement des réglemens relatifs aux chambres de Notaires et d'Avoués. Il convient en effet à ces espèces d'officiers publics, qui ont de toute nécessité des fonctions communes, des points de contact d'où peuvent naître des différends entre eux : des débats, par exemple, peuvent s'élever entre eux sur des communications, des remises de pièces, sur celui d'entre eux qui doit faire les actes de procédure, etc. Mais, déjà rien de pareil à cet article ne se trouve dans les lois et ordonnances qui règlent les conseils des Avocats,

parce ce qu'il n'y a pas entre ceux-ci de semblables rapports; et à plus forte raison, est-il inutile aux médecins, entre lesquels il ne peut s'élever vraiment aucuns débats, si ce n'est sur des questions de doctrine? En effet, quels actes relatifs à la profession pourraient faire naître des différends entre des médecins et des pharmaciens, surtout si la loi défend toute convention écrite entre ces deux ordres de ministres de l'art? M. Adelon propose donc la suppression de l'article. Il demande au moins la suppression du mot *prévenir*, pour que les conseils ne soient pas autorisés à s'immiscer d'office dans des contestations où leur intervention pourrait souvent être repoussée, comme indiscrète et importune, ce qui les compromettrait beaucoup.

M. Double soutient que les différends entre les médecins, les pharmaciens, quelque rares qu'ils soient, sont cependant assez fréquens encore, pour faire désirer qu'ils soient prévenus ou terminés par l'action conciliante des conseils médicaux. — M. Chevallier appuye son opinion; les suppressions demandées par M. Adelon ne sont pas ordonnées, et l'article de la commission est adopté.

L'article 14 donne aux conseils médicaux la mission de prévenir et concilier toutes plaintes et réclamations des médecins et pharmaciens envers des particuliers et réciproquement, soit pour honoraires, soit pour autres faits relatifs à l'exercice de la profession. — M. Adelon demande encore la suppression du mot *prévenir*, afin que les conseils médicaux ne soient pas exposés à se compromettre, en offrant une intervention qu'on a le droit de refuser. Sa proposition est également repoussée, et l'art. 14 adopté.

On adopte aussi sans discussion *l'art.* 15, qui charge les conseils médicaux de provoquer aux époques voulues les convocations des colléges d'élections pour le renouvellement légal des membres du conseil médical.

La discussion s'engage sur l'article 16, qui donne aux conseils médicaux l'attribution de *réunir*, *mettre en ordre*, *publier les documens*, *observations et faits touchant la topographie et la statistique médicale des différentes parties du département.*

M. Adelon craint que les conseils médicaux ne puissent suffire à tous les devoirs qu'on leur impose : toutes les attributions qui leur ont été assignées jusques à présent, étaient nécessaires, inscrites déjà dans les lois actuelles, et on n'a fait que les retirer à ceux qui aujourd'hui en sont chargés, pour les confier aux conseils médicaux. Mais voilà qu'on s'engage dans une voie nouvelle. Ces conseils, présentés jusqu'ici comme destinés seulement à surveiller l'exercice de l'art, voilà qu'on leur donne des fonctions scientifiques, qu'on en fait de petites académies. M. Adelon craint que par là, on ne les détourne du principal objet de leur institution, la police médicale. Comment neuf hommes, siégeant au chef-lieu du département, pourront-ils à

la fois surveiller l'exercice de l'art, et se livrer à des travaux aussi difficiles que ceux de la statistique et de la topographie? Comment trouver neuf hommes réunissant, et le caractère ferme que réclame la première de ces missions, et le zèle et talent d'observation que demande la seconde? Les conseils médicaux auront rendu un assez grand service, s'ils font enfin exécuter avec rigueur les lois sur l'exercice de la médecine; et c'est pour les laisser se consacrer exclusivement à cette tâche, que M. Adelon demande la suppression de cet article, ainsi que du suivant, où l'on demande aux conseils médicaux des *travaux non interrompus sur les constitutions médicales* et sur *les épidémies.*

M. Double réplique que la pensée de la commission a été d'investir les conseils d'une grande considération, et que celle-ci croîtra nécessairement en raison des fonctions qu'ils auront à remplir. Ces conseils seront un centre pour tous les travaux médicaux du département. Ils ne feront d'ailleurs, sous ce point de vue de la science, que ce qu'ils pourront; et dût un seul conseil médical remplir la mission dont il s'agit ici, ce serait déjà un bien. Envain, M. Adelon objecte qu'imposer aux conseils une tâche que très-probablement ils ne pourront pas remplir, c'est les exposer à des reproches et compromettre leur considération : l'article de la commission est appuyé; par M. Dupuy qui dit qu'une commission de cinq médecins a suffi pour faire en 15 jours la topographie de Toulouse; par M. Chevallier qui pense que plus on a de besogne plus on en fait; par M. Husson qui demande que les conseils médicaux soient aussi chargés de favoriser la propagation de la vaccine, et il finit par être adopté avec l'addition proposée par M. Husson.

Il en est de même des articles 17 et 18, ainsi conçus : Les conseils médicaux suivront sans interruption l'étude des constitutions médicales, afin de se trouver incessamment en mesure d'éclairer l'administration sur les épidémies qui pourraient survenir, sur les épizooties, et aussi de publier sur ces matières tous les avis et instructions nécessaires. Les travaux résultans de l'exécution des articles 16 et 17 devront être régulièrement adressés à l'Académie royale de Médecine.

La discussion s'ouvre sur l'article 19 : Les conseils médicaux appliqueront à tous les individus exerçant une profession relative à l'art de guérir, les peines disciplinaires que ces individus pourraient encourir pour actes tendant à priver la profession de l'estime et de la considération publiques.

M. Orfila demande la suppression de cet article, ainsi que des suivans, et de tout le titre du projet relatif aux peines que pourraient appliquer les conseils médicaux agissant comme pouvoir disciplinaire : d'une part, ici les actes reprochables sont de nature à ne pouvoir être précisés dans un code, et conséquemment il faudra concéder à

leur égard un pouvoir arbitraire aux conseils médicaux. D'autre part, à combien de scandales qui nuiront à la considération générale de la médecine, donneront lieu ces poursuites disciplinaires ! M. Orfila cite ici son expérience personnelle ; sa position de Doyen de la Faculté a amené souvent devant lui, tantôt spontanément, tantôt sur l'ordre de l'autorité, des inculpés du genre de ceux qu'auraient à poursuivre les conseils, et non-seulement son intervention a toujours été sans efficacité, mais trop souvent il a eu à déplorer d'odieux scandales. Dans ses voyages, comme président des jurys, il a vu l'institution des chambres de discipline être repoussée par la plupart des médecins de province, sur le fait que les rivalités entre les gens de l'art y sont encore plus grandes qu'à Paris.

M. Husson ne partage pas l'avis de M. Orfila ; il croit que la surveillance toute paternelle des conseils médicaux contribuera à relever la dignité de la profession. Peut-on craindre d'être jugé par ceux qu'on a élus, et lorsqu'on réserve le droit d'appel aux Cours royales et à un conseil médical supérieur ?

M. Adelon aurait voulu que la commission ne se fût pas bornée dans son rapport à des généralités ; il aurait désiré qu'elle citât quelques exemples, pour qu'on puisse juger si les chambres de discipline feront le bien qu'elle en espère. Quant à lui, il conçoit de grandes difficultés à ce que neuf hommes, siégeant au chef-lieu du département, puissent surveiller l'exercice de l'art sur une surface de vingt lieues quarrées et à l'égard de plus de 600 personnes ; il ne comprend pas comment ces neuf hommes pourront avoir connaissance des faits reprochables, et acquérir la certitude de leur réalité. Il craint que le bruit qui résultera d'une poursuite disciplinaire ne nuise plus à la profession, que ne lui servira la répression du fait qui lui aura donné lieu. Il entrevoit, à l'occasion de ces poursuites, la possibilité de représailles et de polémiques scandaleuses. Enfin, aujourd'hui la considération est individuelle, et aussitôt que des chambres de discipline seront établies, les médecins redeviendront solidaires des actes des uns et des autres.

M. Nacquart conteste que la médecine soit actuellement déconsidérée, et ait besoin d'être relevée, comme l'a fait entendre M. Husson. Selon lui, la position sociale des médecins est, sous tous les rapports, améliorée. Ils se recrutent dans les premières classes de la société, sont plus riches, plus répandus que jadis, et exercent une influence privée et publique plus grande. Autrefois la haute classe de la société appelait seule des docteurs ; tous les autres citoyens ne recevaient des soins que des chirurgiens gradués par les communautés. Aujourd'hui chacun a son docteur; et en outre il est peu de fonctions publiques, depuis celle de simple maire de village jusqu'à celle de député, où l'on ne voie porter des médecins. M. Nacquart vote contre le pouvoir disci-

plinaire des conseils médicaux, qu'il qualifie sous ce point de vue de *tribunal inquisitorial.*

M. Heller nie que les chambres de discipline soient dans les mœurs modernes ; on vain on a essayé d'en établir en Angleterre et en Allemagne, le ridicule en a fait justice. Ces chambres d'ailleurs, ne peuvent-elles pas être un instrument d'oppression en certaines circonstance? A-t-on oublié, qu'il y a à peine dix ans, furent repoussées d'un concours médical d'honorables médecins, MM. les docteurs Piorry, Maingault, etc., en vertu d'un prétendu pouvoir disciplinaire?

M. Gueneau de Mussy, membre de la Commission, croit que pour retirer des conseils médicaux tout le bien possible, il faut leur donner un pouvoir disciplinaire. Ils atteindront ces actes secrets qui nuisent souvent plus à la profession qu'une faute publique. Souvent ils les préviendront par une administration toute paternelle. Il n'y a pas d'abus à craindre, car les conseils sont composés de membres élus par le corps médical, et ils n'agiront que quand il y aura notoriété publique sur l'acte reprochable. On redoute des scandales, mais le plus grand n'est-il pas l'impunité du charlatanisme? On repousse toute solidarité, on aime mieux n'avoir à répondre que de soi; cela sans doute est plus commode; mais n'y-t-il pas en cela un égoïsme anti-social? Enfin, qu'un médecin honnête soit mal à propos attaqué, ne sera-t-il pas heureux de trouver dans le conseil médical une autorité compétente et non suspecte pour le défendre?

M. Velpeau ne croit pas que l'action disciplinaire des conseils médicaux puisse servir à réprimer le charlatanisme : loin de là, les charlatans saisiront dans les poursuites des conseils des occasions de faire connaître au public et leurs noms et leurs remèdes. — M. Bouillaud ne voit d'autres remèdes aux abus que présente l'exercice de l'art de guérir, que l'opinion publique et la presse; elles seules sont les véritables conseils de discipline ; et quant à ceux qu'on propose d'instituer, il déclare que jamais il ne concourra à leur élection, et ne se reconnaîtra leur justiciable. — M. Desportes les repousse aussi comme étant un retour vers les formes qui ont si longtemps retardé les progrès de la médecine. MM. Maingault et Londe protestent également contre eux. — M. Adelon résume toutes les objections qui ont été faites, en priant M. le rapporteur de vouloir bien faire à chacune une réponse spéciale. Il le prie surtout de citer quelques exemples; soit par exemple, l'habitude de l'ivresse chez un médecin; eh bien! croit-on que le pouvoir disciplinaire fasse renoncer à cette habitude? Cela est douteux.

M. Double renvoye à la séance suivante ses réponses à toutes les objections; celles-ci ne proviennent que de ce qu'on n'envisage qu'un côté de la question; sans doute les chambres de discipline des méde-

cins ont, comme toute institution quelconque, des inconvénients et des avantages ; mais c'est parce que ceux-ci l'emportent sur ceux-là, que la commission en a proposé l'adoption.

Séance du 4 janvier. — M. Villeneuve reproche aux adversaires des chambres de discipline médicale de se faire, sans le vouloir sans doute, les défenseurs du charlatanisme. Si on n'a pas réussi à établir ces chambres en Allemagne et en Angleterre, est-ce une raison pour ne pouvoir pas le faire en France? Que risque-t-on d'essayer? On craint que leur action soit insuffisante; mais quelque faibles que soient leurs services, ils seront toujours quelque chose. N'exige-t-on pas de l'élève qui prend sa première inscription un certificat de moralité? N'est-ce pas une espèce d'action disciplinaire? pourquoi donc la repousser dans le reste de la carrière? Les avocats sont soumis à un pouvoir disciplinaire, et cependant ils font bien moins d'actes contraires à la dignité de leur ordre que les médecins. Enfin, selon M. Villeneuve, les chambres de discipline médicale serviront l'honneur de la profession, non seulement en prévenant et réprimant les fautes des médecins, mais en donnant de la publicité à leurs bonnes actions.

MM. Collineau, Velpeau, Piorry, Moreau reproduisent contre les chambres de discipline, les craintes déjà exprimées, que leur action soit vexatoire, et occasionne de nombreux scandales.

M. Castel appuye le système des chambres de discipline; il est des délits dont l'opinion est seule juge; mais à cette opinion il faut des organes. Qu'un médecin charlatan soit mandé devant un tribunal, il montre son titre de réception, et il est renvoyé absous : mais devant la chambre de discipline, celle-ci pourra lui dire que par son charlatanisme il dégrade la profession. En vain, on espère dans la presse pour renverser le charlatanisme; n'est-ce pas elle qui propage tous les remèdes secrets? Si la presse est un flambeau entre les mains des sages, elle incendie dans les mains des méchans.

M. Adelon espérait que M. le rapporteur aurait bien voulu répondre aux objections qu'il avait résumées à la fin de la séance dernière: il les ramène aux cinq suivantes. 1° Le pouvoir disciplinaire est un pouvoir arbitraire; et on ne se soumet à l'arbitraire que quand il est absolument nécessaire, et qu'il doit en resulter un grand bien. Or, la commission n'a pas prouvé la nécessité et l'avantage certain des chambres de discipline. 2° Il sera de la plus grande difficulté aux conseils médicaux de constater les faits reprochables qu'ils auront à poursuivre et à réprimer; iront-ils sur les lieux à la moindre dénonciation? ou appelleront-ils devant eux des témoins? placés entre les deux écueils d'agir trop tôt ou de trop attendre, on leur reprochera et ce qu'ils feront et qu'ils ne feront pas. 3° Le plus souvent la répression des conseils médicaux sera insuffisante : dans la plupart des cas en effet, elle portera sur des hommes déhontés qui n'attachent aucun

prix aux témoignages de l'estime publique. Ce qui rend le pouvoir disciplinaire possible pour les avoués, les notaires, les avocats, c'est qu'il va jusqu'à l'interdiction, la suspeosion de la profession. Mais on ne peut interdire l'exercice de la médecine à un médecin reçu; ce serait usurper sur la liberté des citoyens qu'on doit laisser maîtres de leur choix. Au moins la commission, pour être conséquente avec elle même, aurait dû inscrire, parmi les peines disciplinaires qu'elle a proposées la radiation de la liste, et la perte du droit d'élire et d'être élu au conseil. 4° La crainte que les chambres de discipline fassent plus de mal que de bien ; non par les vexations de leurs membres ; M. Adelon n'a pas cette crainte; aujourd'hui aucune autorité ne peut abuser, elle a déjà bien de la peine à se faire respecter ; mais il redoute que les poursuites disciplinaires amènent des débats scandaleux et qui feront à la profession plus de mal que de bien. 5° Enfin, dit en terminant M. Adelon, une chambre de discipline est un tribunal de famille; pour un tribunal de famille, il faut les mœurs de la famille; or ces mœurs sont-elles dans le corps médical actuel, et dans la société en général? M. Adelon en appelle sur ce point à la conscience de l'assemblée.

M. Marc conteste que les chambres de discipline médicale n'aient pu s'établir en Allemagne; il en existe même de deux degrés; aussi nulle part la médecine ne s'exerce avec plus de dignité et n'est plus honorée; le charlatanisme n'y est pratiqué que par des hommes qui ne sont pas médecins; mais celui des médecins y serait réprimé par le corps. MM. Velpeau et Helder opposent à l'assertion de M. Marc des faits; M. Velpeau, celui d'un paysan qui dit avoir un secret pour guérir les polypes des narines ; et M. Heller l'exemple du prince de Hohenlohe, qui prétend guérir en imposant les mains. M. H. Cloquet fait remarquer aussi, que ce ne sont pas les chambres de discipline, mais les tribunaux ordinaires qui en ce moment poursuivent et condamnent en Allemagne les homœopathes.

La clôture est demandée ; M. Adelon exprime le désir qu'auparavant M. le rapporteur soit entendu, afin qu'on puisse lui répondre. — M. Double annonce que, pour ménager le temps de l'Académie et par respect pour la dignité de rapporteur, il ne parlera qu'après la clôture de la discussion. L'Académie décide que la discussion sera continuée ; elle entend encore MM. Bouillaud, Chevalier, Pelletier, Velpeau. La clôture est de nouveau demandée : M. Adelon insiste encore, pour que M. le rapporteur veuille bien présenter ses réponses avant la clôture de la discussion, afin qu'on puisse lui répondre au moins une fois ; il en prie nominativement M. Double ; celui-ci déclare positivement qu'il ne le veut pas, et ne parlera qu'après la clôture de la discussion ; alors, s'écrie M. Adelon, il sera établi que vous n'avez pas voulu qu'on puisse vous répondre. — M. Double annonce alors

donner sa démission de membre de la commission et de rapporteur. — M. Nacquart exprime que, dans les objections qui ont été faites, il n'y a eu rien de personnel au rapporteur, au talent et au zèle duquel chacun rend hommage. M. le président, au nom de l'assemblée, prie M. Double de continuer ses fonctions de rapporteur. La séance est levée.

Séance du 18 janvier 1834. — M. Double annonce que la commission, après avoir discuté toutes les objections qui ont été faites à la proposition de donner aux conseils médicaux un pouvoir disciplinaire, a cependant persisté dans sa proposition ; elle continue de regarder l'institution des chambres de discipline pour les médecins, comme devant être favorable à la dignité de la profession : elle la considère comme une suite obligée de l'esprit d'association qui est un des caractères de notre siècle, et comme devant donner aux médecins, qui jusqu'ici ne sont que des individus isolés, un centre.

Quelques débats s'élèvent sur la question de savoir si l'Académie votera par assis et lever, ou par scrutin. Ce dernier mode est enfin adopté. Sur 77 votans, il y a 2 bulletins blancs, 37 en faveur de l'article, et 38 contre. M. le président annonce que l'article est rejeté.

M. Double avertit que ce vote de l'Académie entraîne la suppression des articles 20, 21, et de tout le titre 3 du projet (1).

M. le président met en discussion l'art. 22 ; il est adopté en ces termes : La majorité des membres composant les conseils médicaux est nécessaire pour toutes les délibérations. — L'Académie en a retranché une phrase qui concernait les peines disciplinaires.

Après un retranchement du même ordre, l'Académie adopte l'article 23 ainsi conçu : Tous les trois ans, à l'ouverture de la séance

(1) Voici le texte de tous ces art. supprimés :

Art. 20. Dans aucun cas ni dans aucunes circonstances, les conseils médicaux de département ne pourront intervenir pour les discussions de pratique, de doctrine, de méthode, de système.

Art. 21. Ces conseils en matière disciplinaire ne pourront connaître que des actes ayant trait à la conduite morale directement relative à l'exercice de la profession. La conduite privée, toujours murée pour les individus, reste tout-à-fait en dehors des attributions de ces conseils, à moins que, notoirement et publiquement scandaleuse, cette conduite ne soit de nature à priver la profession de l'estime et de la considération publiques.

Quant au titre 3, il instituait trois peines disciplinaires, l'*admonition*, la *réprimande* et la *censure*. Celle-ci était *privée*, prononcée dans le conseil seulement, ou *publique*, manifestée par voie d'affiche. L'inculpé avait voie d'appel, 1.° devant un conseil médical supérieur siégeant à Paris, composé de huit membres ; 2.° devant les Cours royales.

des élections, il sera fait un rapport officiel de toutes les opérations administratives et scientifiques qui auront eu lieu durant cette période. — M. Adelon rappelle qu'il a fait réserve dans le temps contre la proposition de la commission, de nommer un officier dans le conseil sous le nom de *rapporteur*; maintenant que l'Académie a refusé le pouvoir disciplinaire aux conseils médicaux, cette institution d'un rapporteur est inutile; il en demande la suppression. — Adopté.

L'art. 24 est ainsi conçu : Les places de membres du conseil médical du département ne seront pas rétribuées. Quelques académiciens, faisant valoir les nombreux devoirs qui sont imposés aux conseils médicaux, expriment le vœu que leurs membres soient rétribués; MM. Velpeau, Maingault, Moreau, etc. — D'autres pensent qu'il suffira de l'honneur qui sera attaché à ces fonctions, MM. Chevalier, Lodibert, etc. — M. Adelon demande la suppression de l'article, afin qu'il y ait possibilité d'allouer aux membres des conseils médicaux des jettons de présence au moins, ainsi que cela est dans les chambres des notaires, des avoués, etc. D'abord plusieurs des opérations des conseils seront rétribuées, comme les visites chez les pharmaciens-droguistes, etc. Pour le reste, les dépenses devront être supportées par une cotisation des médecins, puisque c'est pour eux seuls que sont institués les conseils médicaux. L'article est adopté avec cette addition : Ne seront point considérés comme rétributions les dédommagemens pour frais de déplacement et de voyage.

M. Barthelemy demande que par un article spécial il soit exprimé qu'aucune des discussions ci dessus votées n'est applicable aux artistes vétérinaires. M. Double lui répond que la médecine vétérinaire n'a jamais été comprise dens l'art de guérir proprement dite. La proposition de M. Barthelemy n'est pas appuyée.

La seconde partie du rapport est terminée; on commencera dans la prochaine séance la partie du rapport relative aux remèdes secrets.

Académie royale des Sciences.

Séance du 16 *décembre* 1833. — ÉTATS MORBIDES DE L'ŒUF HUMAIN. — M. Velpeau annonce dans une lettre que des observations déjà fort nombreuses lui ont permis de constater que le produit de la conception dans l'espèce humaine est sujet à des maladies très-diverses. De ces maladies, les unes appartiennent au fœtus, les autres à diverses parties de ses annexes. Il rapporte à ces affections l'origine d'une foule de monstruosités, de ce qu'on nomme les moles, et enfin de la facilité de l'avortement chez certaines femmes. M. Velpeau cite aussi parmi les résultats positifs de ses recherches, ceux auxquels il est arrivé relativement aux hydatides en grappes du placenta, et aux tumeurs

du placenta. Il assure que ces hydatides sont le résultat d'une hypertrophie et non point qu'elles sont formées d'un ensemble d'animaux. Quant aux tumeurs squirrheuses, stéatomateuses, etc., du placenta, elles résultent d'un épanchement de sang à la surface externe du chorion, épanchement assez commun dans les trois premiers mois de la grossesse, et qui, s'il est considérable, amène alors l'avortement.

Fonctions du nerf facial. — M. Bourjat Saint-Hilaire présente un mémoire *sur le nerf facial considéré dans ses rapports avec les évents, et sur son influence dans l'acte de la respiration chez le marsouin.* Le nerf de la septième paire, nerf respiratoire de la face, de M. Bell, arrive chez le marsouin et chez les autres souffleurs à un degré d'exagération remarquable. La texture de ce nerf facial, le lieu commun d'origine sur le sillon latéral de la moelle entre les olives et les corps rétiformes, avec le pneumo-gastrique et le glosso-pharyngien ; sa direction et sa distribution toute spéciale dans l'appareil de l'évent, témoignent mieux que tous les *à priori* et que toutes les expériences faites sur les animaux à respiration bucco-nasale, l'homme, le cheval, le chien, de la fonction spéciale de ce nerf comme nerf respiratoire de la face. Mais l'auteur, forcé par son propre théorême d'aller plus loin que le physiologiste anglais, doit restreindre l'action du nerf de la septième paire à la dilatation des voies aériennes nasales. Si les expériences faites sur les animaux à respiration mixte bucco-nasale ont été peu décisives, l'expérimentation indiquée ici serait d'une toute autre valeur : que l'on coupe sur un marsouin échoué ou retenu dans les filets le tronc du nerf facial des deux côtés, à un pouce en arrière de la commissure des lèvres sous l'œil, lorsqu'il croise la direction de la mandibule inférieure par un seul gros tronc, l'animal ne pourra plus dilater ses narines, ni par conséquent se débarrasser de l'eau qui serait dans ses poches nasales, ni inspirer l'air, et il sera frappé d'une inévitable asphyxie.

— M. Geoffroy Saint-Hilaire lit un mémoire *sur la structure, la capacité de sécrétion et la manière d'être des glandes monotrémiques à l'égard des nouveau-nés, et en particulier sur ces glandes chez les cétacés.* Nous ne croyons pas devoir donner un extrait de ce mémoire et de la discussion dont il a été l'occasion, ce sujet de physiologie générale et de zoologie s'éloignant par trop de la matière de nos études.

Le défaut d'espace nous empêche de donner la suite des séances de l'Académie de ce mois, dans lesquelles MM. Roux et Breschet ont lu deux mémoires importans, le premier *sur la restauration du périnée chez la femme dans les cas de division ou de rupture complète de cette partie*; le second, *sur une nouvelle méthode de traiter et de guérir le cirsocèle et le varicocèle.* Nous donnerons un extrait de ces deux mémoires dans le prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.
Tome IV-V. ARS-BAL à BAN-BRAS. — 1833. — *Chez Béchet jeune.*

On peut diviser les médecins en deux classes: Les uns, hommes de cabinet, entraînés par le goût de l'étude, vivent au milieu de leur bibliothèque, et, mieux avisés peut-être que leurs confrères, s'en tiennent aux jouissances que leur offre la science; les autres, livrés à la vie tumultueuse de la pratique, emportés par un tourbillon qui leur laisse à peine le temps de respirer, consacrent à leurs malades presque tous les instans de leur journée, sont obligés de renoncer à leurs livres et seraient dans l'impossibilité de suivre les pas rapides que fait chaque jour la science, si, à des époques plus ou moins rapprochées, suivant que le besoin s'en fait sentir, quelques-uns d'entre eux apportant en commun le peu d'heures qu'ils peuvent dérober aux soins de leur clientelle, et appelant à leur secours leurs savans confrères, ne trouvaient moyen de former un répertoire général, dans lequel se trouvent résumés les travaux épars dans tous les ouvrages écrits avant cette époque, et qui offre un tableau exact de l'état de la médecine au moment de la publication du livre. Ces répertoires ou Dictionnaires, comme on les appelle, sont pour les praticiens un bienfait inappréciable. Au moyen de cette heureuse association, qui vaut bien toutes celles dont on occupe les esprits maintenant, ils parviennent tout en passant leur journée au lit de leurs malades, à savoir cepen-

dant ce qui se fait en médecine. La dernière venue parmi ces publications est toujours la meilleure, car elle profite du travail des autres, et d'ailleurs la science ne s'arrête jamais. Pour moi, je lis toujours avec joie l'annonce d'un Dictionnaire de ce genre; j'attends avec impatience l'apparition des volumes promis; je les lis avec avidité, et lorsque je trouve que leur contenu répond au but du livre et qu'ils justifient le titre de *Répertoire général des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique*, je suis heureux et reconnaissant envers les auteurs de ce qu'ils m'ont donné les moyens d'apprendre, et mis entre les mains un trésor dont sans eux j'eusse été privé. C'est avec ces sentimens que j'ai terminé la lecture des quatrième et cinquième volumes *du Dictionnaire de Médecine*. Ils soutienent la réputation qu'ont value à ce livre les trois premiers volumes. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déja dit dans un précédent article sur l'ensemble de l'ouvrage : l'examen des articles les plus importans me mettra d'ailleurs à même de faire connaître l'esprit qui a présidé à la composition de ces volumes.

L'arsenic, dont les auteurs de la première édition ne s'étaient guèresoccupé que sous le point de vue clinique, a obtenu dans celle-ci une place importante. Cette substance qui, il y a quelques années encore, était presque entièrement rejettée de la matière médicale par les médecins français, commence à fixer de nouveau l'attention. Les succès obtenus par M. Biett n'ont pas peu contribué à relever ce médicament de l'interdit dans lequel il était tombé. Aussi les auteurs du Dictionnaire se sont-ils attachés à donner une histoire complète de l'arsenic. Les parties chimique et toxicologique ont été traitées par M. Orfila, c'est-à-dire qu'elles ne laissent rien à désirer. M. Soubeiran nous a donné sur l'arsenic quelques considérations pharmaceutiques suivies de la formule exacte do presque toutes les préparations arsenicales. M. Cazenave s'est chargé de la partie thérapeutique. Elève de M. Biett, il a pu voir par lui-même les effets de ce médicament dont il est chaud partisan. Des recherches historiques fort bien faites, et une critique judicieuse des écrits publiés sur l'arsenic, le conduisent d'ailleurs à soutenir ses propres observations de celles des autres, et je crois que la lecture de cet article convertira beaucoup de médecins à l'opinion de M. Cazenave résumée dans les corollaires par lesquelles il termine son travail. Il en résulte que l'arsenic a une propriété anti-périodique bien caractérisée; qu'il réussit surtout dans les fièvres intermittentes et dans certaines affections de la peau; enfin qu'il deviendra probablement un moyen puissant de guérir dans les affections nerveuses intermittentes.

L'article *Artère* est l'un des plus importans de ce volume. La par-

tie anatomique a été conservée à peu près telle que Béclard l'avait écrite dans la première édition. Je regrette que l'on ait omis de rapporter les recherches de M. Manac sur la membrane moyenne des artères. Si, comme il y a lieu de le croire, ces observations sont exactes, si les extrémités des fibres de cette tunique se recourbent à angle droit de manière à devenir longitudinales, la théorie de Morand sur le mécanisme par lequel l'écoulement du sang s'arrête dans une artère blessée, serait en partie justifiée.

M. Le professeur Bérard a traité la pathologie des artères avec ce talent d'exposition et cet excellent jugement qui caractérisent tout ce qui sort de sa plume. Il a fait une monographie abrégée qui, jointe à l'article *anévrysme*, contient presque tout ce qu'il importe de savoir sur les maladies des artères en général. M. B. traite successivement des blessures des artères, de l'inflammation, de la dilatation, du rétrécissement, de l'oblitération de ces vaisseaux, des moyens par lesquels la circulation se rétablit après leur oblitération, de leurs dégénérescences, de leur ulcération, de leur rupture et des entozoaires qui s'y développent. Je regrette que M. B. n'ait pas consacré un article spécial à la compression des artères et aux effets qui peuvent en résulter, soit pour le vaisseau lui-même, soit pour les organes auxquels il se distribue. La pression constante exercée sur une artère peut produire l'hypertrophie de la paroi correspondante, comme dans le cas de hernie crurale appuyée sur les vaisseaux de l'aine, rapporté par M. Cloquet. J'eusse été curieux de voir discuter par M. A. B. les faits de paralysie et d'atrophie de membres qu'on a cru devoir attribuer à la compression exercée sur l'artère principale pour des tumeurs développées dans son voisinage.

Il n'est pas question non plus dans cet article des névralgies artérielles. Peut-être M. B. a-t-il pensé que le peu de notions précises que possède la science à cet égard l'autorisait à passer sous silence ces affections dont il pourra d'ailleurs être question à propos de la circulation. Le paragraphe des plaies artérielles laisse peu de choses à désirer. Je relèverai cependant un passage dans la description des phénomènes qui suivent la section d'une artère en travers : *L'artère*, dit M. B. *tend à se rétracter dans sa gaine, mais cette tendance est contrebalancée d'abord par la forte impulsion du sang, dont le résultat est d'alonger l'artère, comme chacun sait.* Si, comme M. B. l'admet, les lois de la physique trouvent ici quelque application, il me semble que l'impulsion du sang devrait produire la rétraction de l'artère *coupée* précisément parce qu'elle en détermine l'alongement, lorsqu'elle est entière, et qu'il faut chercher ailleurs la cause qui empêche la rétraction de s'opérer immédiatement. Après avoir décrit les phénomènes qui se passent à l'extrémité d'une artère divisée, et expliqué comment l'écoulement du sang en est empêché, M. B. se demande s'il n'existe dans d'autres causes de suspension des hémorrhagies après la

section transversale des artères. Il expose à ce sujet les opinions de Koch et N. Schmidt, et il arrive à cette conclusion que le sang est mu dans certaines circonstances sous d'autres influences que le *vis a tergo*, et que cela entre pour quelque chose dans la suspension des hémorrhagies. Parmi ces causes accessoires, il signale surtout le défaut d'attraction exercée par les capillaires et rappelle l'expérience de Kaltenbrunner, sur les arcades artérielles du mésentère, expérience qui me paraît analogue à ce que nous voyons journellement lors de la section du cordon ombilical. Quoique les faits manquent encore, comme le remarque M. B., pour avoir à cet égard une opinion arrêtée, cependant on ne peut guères douter que la théorie de Koch, etc., n'ait quelque fondement. Dans cet état de choses on pourrait tirer parti de ces idées dans le traitement des plaies artérielles. Si le défaut d'attraction des capillaires diminue l'impulsion du sang vers un point, l'augmentation d'attraction doit avoir un effet opposé; or, c'est souvent ce que l'on détermine par les différens moyens hémostatiques auxquels on a recours. Peut-être parviendrait-on à empêcher ou à arrêter quelques hémorrhagies secondaires dans une plaie d'un membre, en augmentant l'action des capillaires dans l'autre membre, soit avec de nombreuses ventouses, soit avec la machine proposée dernièrement en Angleterre pour remplacer ces instrumens. Ces moyens appellent le sang avec une telle force, que l'on peut facilement déterminer des infiltrations sanguines fort étendues et la syncope. Il me paraît que M. B. n'a pas assez insisté sur l'action des collatérales dans les plaies artérielles. On dit généralement que la présence d'une collatérale un peu au-dessus du point blessé est une circonstance fâcheuse; mais l'on n'a pas assez d'égard au volume de cette collatérale. Si l'artère blessée est plus volumineuse que celle qui s'abouche avec elle, nul doute que ce ne soit une circonstance défavorable; si le contraire a lieu, si même les deux artères sont du même volume, il serait fort possible, et l'expérience de Kaltenbrunner porterait à le croire, que loin d'entraîner des dangers, cela diminuât les chances de l'hémorrhagie. Ainsi la ligature de l'iliaque au-dessous de l'épigastrique doit donner des craintes très-sérieuses; celle de l'épigastrique près de son origine n'expose presque à aucun danger sous le rapport que nous envisageons ici, et l'application d'un fil autour de la fémorale un peu au-dessous de la naissance de la musculaire profonde est peut-être dans le même cas. A l'exemple de presque tous les auteurs, M. B. regarde l'ossification comme un obstacle à la ligature; il y a des exceptions à cette règle : j'ai pratiqué, il y a quelque temps, une amputation de jambe pour un cas de gangrène sénile; toutes les artères étaient ossifiées, et n'en furent pas moins liées avec un plein succès. En parlant de la déchirure des artères par excès de distension, p. 98, M. B. dit : *C'est la membrane interne qui cède la première, puis la membrane moyenne. La*

lésion n'est peut-être jamais portée au-delà, lorsque l'extension des membranes n'a pas dépassé les bornes fixées par la configuration des parties et la résistance des ligamens. » Et plus loin, p. 118. « *Les mouvemens renfermés dans les limites fixées par la forme des surfaces articulaires et la résistance des ligamens ne peuvent causer la déchirure de la membrane interne qu'autant que les parois artérielles sont malades.* » J'ai rapproché ces deux passages pour faire voir que M. B. n'admet pas, comme la lecture du premier, pourrait le faire croire, que la seule extension d'un membre peut amener la déchirure des deux membranes interne et moyenne d'une artère : lorsqu'une artère est déchirée, elle ne s'effile pas toujours aussi régulièrement que l'établit M. B. Le fait rapporté par Gibson, de rupture de l'artère axillaire dans une tentative pour réduire une luxation ancienne de l'épaule, prouve que l'artère peut être déchirée dans une portion de sa circonférence seulement, circonstance fâcheuse ; car alors, il peut y avoir hémorrhagie, comme cela eut lieu dans le cas que je viens de rappeler. Je signalerai à l'attention des lecteurs ce que dit M. B. de la coloration et de l'inflammation des artères ; ce point difficile et obscur des maladies artérielles a été exposé avec beaucoup de netteté et sera étudié avec fruit. Quant à la dilatation des artères, M. B. a adopté la division établie par M. Breschet d'après la forme du vaisseau malade. Les causes de cette affection sont, suivant M. B., l'impulsion du sang et la pression de ce liquide contre les parois artérielles. C'est en effet par cette puissance qu'on peut expliquer la dilatation du système artériel chez les vieillards. Toutes les fois que la force d'impulsion du sang dépasse la résistance des parois artérielles, il y a accroissement du vaisseau *dans tous les sens* ; mais ses extrémités étant fixées, il est obligé de décrire des flexuosités ; c'est ainsi qu'on peut expliquer la forme des artères chez les vieillards, celle des petites artères dilatées pour rétablir la circulation après l'oblitération d'une artère principale ; celle des artères utérines pendant la gestation, etc. — Après avoir parlé du rétrécissement et de l'oblitération des artères, M. B. arrive à décrire le rétablissement de la circulation après l'oblitération des principales artères du corps, et expose l'état de la science relativement à la formation de nouvelles artères. Il est vraiment curieux que de nos jours on ne sache pas encore positivement à quoi s'en tenir à cet égard. Il serait à désirer qu'un expérimentateur habile fît de nouvelles recherches, et parvînt à expliquer la différence des résultats obtenus jusqu'alors ; il faudrait ne pas se borner à la carotide, et tenir compte de la disposition qu'offre ce vaisseau chez certains animaux. Ce réseau admirable offre en effet beaucoup d'analogie avec les artères nouvelles décrites par Parry, et ce fait peut expliquer pourquoi la carotide de certains animaux a plus de disposition que celle des autres à donner naissance à des artères anastomotiques de

nouvelle formation. Je termine ces observations sur le travail de M. B. par une remarque sur la rupture spontanée des artères. J'ai lieu de croire qu'il peut y avoir simple éraillure, écartement des fibres de la tunique moyenne, et que la membrane interne peut s'engager au travers de cette fissure et se mettre en contact avec la membrane externe. J'ai présenté à la Société anatomique une aorte dont la coupe portait de petites ampoules; elles étaient exclusivement constituées par les membranes externe et interne; la moyenne s'arrêtait à leur pourtour. C'est là, je crois, la véritable nature de l'anévrysme *mixte interne*, ou *herniam arteriæ sistens*.

M. Velpeau s'est chargé de décrire les maladies des *articulations* qui ne peuvent faire l'objet d'articles particuliers; aussi n'entend-il parler ni de la goutte, ni du rhumatisme, ni de l'hydarthrose, ni des tumeurs blanches, ni de l'entorse, ni des luxations. Il fait d'abord l'histoire de l'arthrite. Dans ce paragraphe, M. V. ne s'occupe que de l'inflammation aiguë des articulations diarthrodiales. Il n'y est pas question des amphyarthroses; elles sont cependant susceptibles de ces lésions que l'on a coutume de grouper sous le nom d'inflammation. J'ai observé un cas d'inflammation aiguë de la symphyse des pubis; elle fut complètement détruite par le pus. Les articulations sacro-iliaques et celles des vertèbres peuvent offrir des lésions semblables. Je regrette aussi que M. V. n'ait pas cru devoir parler de l'arthrite chronique. Il s'est probablement déterminé à en renvoyer la description à l'article *tumeur blanche*. J'avoue que je n'aime pas ces renvois; l'expérience m'a rendu défiant. Souvent dans d'autres ouvrages de ce genre on m'a promené de renvoi à renvoi sans qu'en définitive ma curiosité ait été satisfaite. C'est à mes yeux un des principaux titres de ce Dictionnaire à la confiance, que la résolution prise par les auteurs de resserrer les descriptions générales pour créer, autant que possible, des monographies. C'est pour cela que j'aurais aussi désiré que M. B. traitât de toutes les arthrites par causes spécifiques; il y aurait eu, ce me semble, tout autant de raison pour parler de l'arthrite rhumatismale que de l'arthrite blennorrhagique. Mes regrets de ne pas voir donner à ce paragraphe toute l'extension que j'aurais désirée, sont justifiés par le talent avec lequel ont été traitées les parties dont s'est occupé M. V. Examinant d'abord le siége de l'arthrite, il établit qu'elle peut débuter par les parties molles ou par les parties dures. Relativement à ces dernières, il examine la question de savoir si les cartilages peuvent être particulièrement affectés, et établit cette proposition : *Il n'y a point de membrane synoviale sur les facettes articulaires. Les cartilages diarthrodiaux sont de simples croûtes incapables de se vasculariser. Jamais on n'a rencontré la moindre trace de phlegmasie, de travail morbide, à leur surface.*

MM. Cruveilhier, Ribes, Larrey, etc., avaient déjà attaqué l'opinion généralement adoptée, que la synoviale tapisse les cartilages. M. V., en établissant la proposition ci-dessus rapportée, se prononce d'une manière plus catégorique. Cependant il admet qu'il est possible que les cartilages aient une *surface* synoviale, ce qui signifie probablement qu'ils sont lisses comme la synoviale; car s'il fallait entendre par là qu'ils participent en partie par leur surface de la structure et des fonctions de la synoviale, autant vaudrait s'en tenir à l'opinion générale. Il m'a paru qu'en effet les cartilages ne sont pas tapissés par une membrane synoviale, et cela par une raison toute simple; c'est qu'ils sont la synoviale elle-même qui a subi une transformation. Ce n'est pas ici le lieu de développer cette opinion; je ferai seulement remarquer : 1.° que les membranes séreuses qui ont une grande analogie avec les synoviales offrent souvent des plaques cartilagineuses; 2.° que j'ai plusieurs fois rencontré dans des articulations malades des végétations osseuses qui avaient soulevé la synoviale, et qui venant à être en contact avec des surfaces osseuses dans les mouvemens, s'étaient couvertes d'une couche de cartilege; 3.° que dans les fausses articulations, la formation des cartilages est liée à celle de la synoviale; 4.° que dans les diverses maladies des articulations, les altérations des cartilages suivent presque toujours celles des synoviales; 5.° que l'anatomie ne démontre aucune connexion de tissu entre l'os et le cartilage, mais au contraire des rapports intimes entre ce premier et la synoviale. Je ne puis admettre non plus complètement qu'il n'y ait jamais de travail morbide à la surface des cartilages, ayant plusieurs fois observé dans les arthrites goutteuses et rhumatismales des transformations fibreuses de ces cartilages. Il n'en est pas moins vrai que dans la grande majorité des cas, l'assertion de M. V. est applicable, et que ce qu'on a décrit comme ulcérations des cartilages, l'inflammation et le gonflement de la couche synoviale qui les tapisse, sont des lésions qui ont été mal observées et mal désignées. Je ne suivrai pas M. V. dans la description proprement dite de la maladie. Je signalerai seulement comme faits peu connus ce qu'il dit de la rupture spontanée des synoviales distendues par un épanchement, et de l'arthrite suite de cathétérisme. En parlant des plaies pénétrantes, M. V. examine quelle est la cause de la gravité de ces lésions; il rejette l'influence délétère de l'air, et attribue les accidens à la stagnation du pus et des autres liquides dans l'articulation. Il me semble que M. V. prend ici l'effet pour la cause. La cause immédiate du danger c'est le fait de l'inflammation et de la suppuration. Reste à savoir ce qui détermine les articulations ouvertes à s'enflammer plutôt que celles qui ne le sont pas, quoique souvent ces dernières aient souffert des désordres bien plus violens que les premières; pourquoi, par exemple, a-t-on plus à craindre l'inflamma-

tion et la suppuration d'une articulation à la suite de l'extraction d'un corps étranger qu'à la suite d'une luxation, quoique, dans le premier cas, il y ait une simple boutonnière à la synoviale, tandis que dans le second cette membrane et les tissus environnans soient largement déchirés ? C'est là toute la question. Or, j'ai peine à croire que le fait même de la communication avec l'extérieur ne soit la cause principale du danger : qu'on l'explique comme on voudra. Ajoutons que, dans la grande majorité des cas, l'inflammation est encore provoquée par la présence du sang et des autres corps étrangers qui peuvent se trouver dans cette dernière. Le pus peut cependant compliquer le mal, mais c'est encore en raison de l'action de l'air qui le corrompt facilement ainsi que les autres liquides épanchés. C'est l'opinion de M. V.... lui-même (p. 176). Au sujet du pronostic, M. V. partage l'opinion de J. Bell, que la suppuration d'une articulation ouverte est presque toujours mortelle, si le membre n'est pas ou ne peut pas être immédiatement sacrifié. Cela tient, je crois, à ce que les cartilages ayant été détruits, l'extrémité spongieuse des os résorbe facilement le pus ; c'est pour cela que les amputations secondaires ne réussissent presque jamais dans ces cas. Je m'étonne qu'après avoir porté un pronostic aussi grave, M. V. n'ait pas indiqué, à propos du traitement, que dans quelques cas l'amputation était impérieusement indiquée.

L'article *Asphyxie* est de M. Bérard. L'espace me manque pour signaler tout ce qu'il offre d'intéressant. Les asphyxies sont divisées en trois classes : celles qui sont produites par des fluides élastiques ne renfermant pas ou renfermant en trop petite quantité l'oxygène ; celles qui sont dues à ce que l'introduction d'un fluide élastique dans les poumons a été empêchée (c'est la première classe) ; celles qui sont déterminées par des états pathologiques qui ne rentrent pas évidemment dans les classes précédentes. On a voulu dans ces derniers temps ranger dans cette dernière classe la suffocation qu'éprouvent les cholériques cyanosés. M. B. proteste contre toute analogie entre le choléra et l'asphyxie ; j'adopte tout-à-fait sa manière de voir, mais je n'en fais pas autant à l'égard de l'explication qu'il donne de l'état de suffocation où se trouvent les cholériques ; il l'attribue à ce que le sang trop visqueux ne peut plus traverser le poumon avec facilité. Je ne comprends pas comment le même fluide, qui peut pénétrer la peau assez intimement pour produire la cyanose, ne peut traverser le poumon. M. B. a supérieurement exposé les différentes théories de l'asphyxie, et l'analyse qu'il donne de celle de Bichat en particulier est parfaitement faite ; aussi, suis-je étonné de lire à l'article *Asthme* (p. 264), que Bichat attribuait l'asphyxie à la pénétration du sang noir dans la substance musculaire du cœur. C'est une erreur copiée de l'Anatomie générale de Béclard. Malgré les attaques auxquelles a été en butte

la théorie de Bichat, M. B. l'adopte, en faisant remarquer toutefois que ce physiologiste n'a pas assez tenu compte de l'embarras de la circulation ; il attribue avec Bichat la suspension de la vie de relation à l'action du sang noir sur le cerveau. Il me semble que, dans le pronostic et le traitement de l'asphyxie, M. B. a trop négligé le rôle de la syncope. Certainement beaucoup d'asphyxiés ne doivent leur salut qu'à la syncope où ils ont été plongés au début de l'accident. Lorsqu'une submersion de quelques minutes a pu produire la mort, comme dans le cas rapporté par M. B., on doit y voir, au contraire, les effets d'une véritable asphyxie.

J'ai lu avec un vif intérêt l'histoire de l'*asthme* tracée par M. Ferrus ; il a traité ce sujet tant rebattu d'une manière neuve sous beaucoup de rapports. L'asthme est pour lui une asphyxie incomplète ; il y a toujours fluxion pulmonaire. L'asthme symptomatique dépend de lésions organiques quelconques autres que celles du système nerveux. M. F. en explique les accès dans un grand nombre de cas, par le trouble apporté dans la circulation cérébrale qui à son tour réagit sur le poumon. Quant à l'asthme idiopathique ou nerveux, il tient à quelque altération du système nerveux. Que cette altération soit appréciable ou non, on voit que M. F. n'entend pas les névroses comme tout le monde. Au reste il révoque en doute l'existence de l'asthme essentiel ; vingt-cinq années de pratique et toutes ses recherches bibliographiques ne lui en ont pas prouvé un seul exemple. Mais il me semble que la présence de lésions organiques dans le cas d'asthme ne décide pas nécessairement la question, car il se pourrait fort bien que les altérations fussent consécutives à l'asthme, comme certaines lésions du cerveau le sont à l'épilepsie. M. F. ne s'explique pas à ce sujet. Le traitement n'offre rien de nouveau ; je m'attendais cependant à voir M. F. tirer quelques conclusions pratiques de la théorie dans laquelle il explique la production de l'asthme par le trouble cérébral. Ne serait-ce pas alors sur le cerveau qu'il faudrait agir, et des sangsues aux apophyses mastoïdes ou un séton à la nuque n'auraient-elles pas plus d'efficacité que les moyens appliqués au trouble de la respiration lui-même ?

M. Ollivier d'Angers nous a donné une excellente monographie sur les luxations traumatiques et spontanées de l'*atlas*. C'est un exposé fort complet de l'état de la science à l'égard de ces maladies.

L'article *Auscultation* est de Dance ; il traite exclusivement de l'exploration de la poitrine. C'est un travail qui à lui seul suffirait pour rendre précieux le volume dont je m'occupe ; il y règne une netteté d'idées, une rectitude de jugement, une connaissance de la chose telle que je ne puis trop en recommander la lecture. Il renouvelle les regrets inspirés par la perte de ce jeune et déjà célèbre praticien.

Le travail de Désormeaux sur l'avortement a été conservé dans son intégrité.

C'est encore à la plume infatigable de M. Bérard qu'est due l'histoire des maladies des vaisseaux *axillaires*. C'est, je crois, ce que la science possède de plus complet à ce sujet. Je relèverai seulement une légère erreur historique relativement à la ligature de l'axillaire pratiquée par M. Dupuytren en 1829, d'après la méthode de Brasdor. M. B. dit qu'il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière. Il y avait un anévrysme qui s'étendait depuis le tronc brachio-céphalique jusqu'à la fin de la portion sus-claviculaire de l'axillaire. La compression exercée par le scalène divisait cet anévrysme en deux tumeurs. La première côte était usée dans sa partie moyenne et divisée en deux fragmens dont le postérieur faisait saillie dans l'intérieur du sac. Au reste l'erreur de M. Bérard est d'autant plus excusable que les diverses relations de cette autopsie dont j'ai été chargé, sont toutes plus ou moins défectueuses.

Ayant déjà de beaucoup dépassé les bornes ordinaires d'une analyse, je me vois forcé de renvoyer à un prochain numéro, l'examen des articles appartenant à la lettre B. MONOD.

Recherches sur l'apoplexie et sur plusieurs autres maladies de l'appareil nerveux cérébro-spinal; par J. A. ROCHOUX. 2.ᵉ édit. *Paris*, 1833. In-8.° Chez Béchet jeune.

Cet ouvrage n'avait que 268 pages dans la première édition, il en a 518 dans celle-ci; il ne contenait que 48 observations, il en contient 89 aujourd'hui; c'est donc près du double. Le titre aussi s'est accru, et, je dois le dire, je suis effrayé de la portée des mots ajoutés, et *sur plusieurs maladies de l'appareil*; etc. Il est clair que, si M. Béchet n'y met de la discrétion, nous sommes menacés de deux volumes à la troisième édition; or, j'avoue, que j'en serais fâché. L'histoire de l'apoplexie tient si bien en un seul, et gagne si peu à toutes ces additions! Que le bon goût de M. Rochoux le préserve de cet écueil. Les volumes de complaisance ne sont pas dignes de lui. Laissons une bonne fois à leur place ces admirables observations de l'illustre Morgagni, de son révéré maître Valsalva, et de son digne émule, M. Lallemand. Laissons-les, dis-je, et étudions-les dans les OEuvres de ces hommes célèbres, mais ne les transportons plus cousues à des lambeaux de texte, dans nos productions éphémères. Heureux encore le lecteur si l'on ne puisait jamais qu'à d'aussi bonnes sources, mais il n'en va pas toujours ainsi avec ces réimpressions malencontreuses qui nous rendent sous un format ce que nous avions déjà repoussé dans un autre; c'est surtout là qu'est le mal. Ne pourrait-on, par exemple, laisser reposer cet annuaire, si vite oublié à sa naissance, et depuis si souvent extrait, cité et reproduit? Il est bien vengé, et nous bien punis de son obscurité; car remis en lumière plus de vingt fois, il a fallu le relire dans autant

d'ouvrages nouveaux. Mais, dira-t-on, pourquoi prédire les malheurs de si loin ! M. Rochoux, si capable de bien observer par lui-même, ne donnera point dans ce travers, et à moins de bonnes et utiles découvertes, nous n'aurons point de second volume ; à la bonne heure, je me rattache avec plaisir à cette assurance.

Dans cette seconde édition, M. Rochoux a conservé avec raison le plan primitif de son ouvrage. La préface et l'introduction précèdent les cinq grands chapitres où il est successivement question, 1° de la description de l'apoplexie ; 2° des moyens de distinguer cette maladie de toute autre ; 3° de son siége ; 4° de ses causes ; 5° du traitement. On trouve ensuite des conclusions générales et un tableau de la composition des médicamens indiqués dans le cours du livre.

La préface est consacrée à la revue critique des erreurs sur lesquelles a reposé, pendant longtemps, l'histoire de l'apoplexie. M. Rochoux, justement désolé de la lenteur des progrès de la science, s'en prend avec raison, à l'esprit d'hypothèse, à la manie de tout expliquer, et à l'oubli dédaigneux où languit, pendant tant de siècles, la méthode sûre, mais difficile de l'observation ; renonçant à en suivre le fil à travers le dédale des conceptions fantastiques qui se sont succédées d'âge en âge, il se contente de nous montrer les principaux résultats, et les heureux effets des efforts tentés à de longs intervalles dans le sens de la bonne méthode ; ce qu'il en dit suffit pour faire voir comment, depuis l'auteur du *Traité des glandes*, quelques anatomistes distingués, et plus tard Wepfer, Valsalva et Morgagni, contribuèrent à faire peu à peu justice de bizarres conceptions qui, comme la dispersion des esprits animaux par la pituite, l'ébullition, la dissolution ou la coagulation du sang par l'humeur mélancolique, l'occlusion du pressoir d'Hérophile, avaient pris la place de la vérité. C'est tout au plus si M. Rochoux pardonne à la théorie de la compression de se trouver en si mauvaise compagnie ; heureusement que plus loin s'étant un peu calmé, il apprécie plus convenablement le phénomène, qui, pour avoir été exagéré, n'en joue pas moins un rôle important dans les troubles du système nerveux.

Au reste, la conclusion de cette préface ressemble à celle de presque toutes les pièces où l'on fait le procès des temps passés. Elle nous promet un bien meilleur avenir, et ne nous laisse pas ignorer que nous mêmes ne laissons pas de valoir quelque chose. La méthode philosophique a commencé à se faire jour, il y a même quelques années, puisque cela remonte à 1814, date précise de la première édition de ces recherches. J'en tombe volontiers d'accord avec M. Rochoux.

L'introduction concerne plus particulièrement l'ordre adopté dans cet ouvrage. L'auteur fait voir comment cet ordre résulte d'une classification méthodique des faits qu'il rapporte aux grandes divisions suivantes :

1° Maladies indépendantes de toute altération appréciable aux sens ; 2° celles qui tiennent à une lésion quelconque.

Au nombre des maladies de la première classe, il compte les névroses, le coup de sang, la simple hypertrophie ou l'atrophie du tissu nerveux.

Les maladies de la seconde sont, 1° les exhalations de sérosité ou de sang, sans rupture des vaisseaux ; 2° les diverses altérations des vaisseaux d'un certain calibre ; 3° le ramollissement hémorrhagique ; 4° l'endurcissement inflammatoire ; 5° les phlegmasies ; 6° les productions accidentelles ; 7° la production d'êtres vivans.

Cette classification à laquelle nous ne voyons de correction à faire qu'au sujet des coups de sang, de l'hypertrophie et de l'atrophie, mal à propos considérées comme maladies sans lésion appréciable, est suivie de réflexions fort sages, où M. Rochoux insiste sur la nécessité de ne pas se contenter de la connaissance seule du siége, mais de chercher encore à apprécier les causes, et à pénétrer ainsi dans la nature même des maladies. Personne, en son bon sens, n'a jamais dit le contraire ; mais il n'est pas mal en ces temps de rivalités passionnées et de polémique ardente, de prendre ses précautions contre les déclamations de la mauvaise foi.

Aussitôt après, M. Rochoux commence la description de l'apoplexie par une série d'observations, dont le plus grand nombre a été recueilli par lui. Dans la première édition où il n'était question que de l'apoplexie du cerveau, il n'y en avait que vingt : aujourd'hui qu'à l'apoplexie du cerveau sont jointes celles du cervelet, de la protubérance annulaire et de la moelle épinière, le nombre de ces observations s'élève à trente-cinq. C'est une augmentation que comportaient nécessairement les progrès de la science, et dont nous sommes bien loin de nous plaindre. Nous sommes seulement fachés que, des quinze observations ajoutées, le plus grand nombre n'appartienne pas à l'auteur lui-même.

De l'analyse consciencieuse de ces observations, voici ce que M. Rochoux conclut, et ce qui constitue le fond de sa doctrine :

L'apoplexie consiste en une hémorrhagie par rupture, suite d'une altération préalable de l'encéphale.

Cette altération préalable consiste en un ramolissement que M. Rochoux appelle *hémorrhagipare.*

Le ramollissement et l'hémorrhagie opérés, il en résulte un trouble plus ou moins profond du sentiment et du mouvement, ou la paralysie.

Dans les apoplexies cérébrales, cette paralysie a lieu du côté opposé à l'épanchement, quand il n'y en a qu'un ; du côté opposé au plus fort, quand il y en a deux ; elle est générale lorsque l'épanchement est considérable.

Dans les apoplexies du cervelet (dont l'érection n'est point un signe), la paralysie a lieu le plus souvent du côté opposé à l'hémisphère affecté, quelquefois du même côté.

Dans la moelle épinière, l'apoplexie entraîne la paralysie de toutes les parties dont les nerfs naissent de la moelle, au-dessous du point malade.

La désorganisation de la portion de substance cérébrale affectée cause en partie ces effets. La compression exercée par le sang épanché produit le reste.

La guérison résulte de la résorption lente de l'épanchement, et de la cicatrisation des poches creusées dans le cerveau. Cette cicatrisation a lieu par le rapprochement des parois de la poche, la formation d'un kyste ou d'une substance cellulo-vasculaire, qui persistent.

Il est inutile d'analyser ici tous les faits et raisonnemens sur lesquels l'auteur fonde les détails de sa théorie. C'est dans l'ouvrage qu'il faut les lire. Ici, nous ne pouvons que signaler ce qui dans cette théorie appartient en propre à M. Rochoux et ce qui caractérise sa doctrine.

Or, il est évident que ce qui appartient en propre à M. Rochoux, c'est sa définition de l'apoplexie; cette définition est le résultat, le résumé de tous ses travaux, examinons-la donc avec le plus grand soin.

Selon M. Rochoux, l'apoplexie consiste en une hémorrhagie avec rupture de la substance cérébrale. Il faut les deux conditions réunies. L'épanchement sanguin par rupture d'une artère, d'une veine ou d'un sinus, à la surface du cerveau, sans déchirure du parenchyme cérébral, n'est point pour lui une apoplexie, pas plus qu'un ramollissement qui n'est pas accompagné d'hémorrhagie. Il n'est pas nécessaire d'être très-fort versé dans l'histoire de la médecine pour voir de combien M. Rochoux restreint par là l'acception du mot apoplexie. A-t-il tort? a-t-il raison? Voilà ce qu'il s'agit de décider.

Quelque soit notre respect pour les anciens, et l'admiration que nous inspirent leurs belles descriptions, nous avouons que nous n'hésiterions en aucune manière à adopter les conséquences de travaux plus modernes dont la rigoureuse exactitude permettrait de mettre plus de précision dans le langage, et de combler les lacunes qu'il était impossible à nos devanciers de ne pas laisser. Observant de plus près et à l'aide de procédés nouveaux, pourquoi ne verrons-nous pas plus loin et mieux qu'eux? Certes, pour peu que les restrictions apportées par M. Rochoux au sens vague du mot *apoplexie* reposent sur des données certaines et prises dans la nature réelle des choses, nous serons tout disposés à les accepter. La question se réduit donc à savoir si, parmi les nombreuses affections réunies sous le nom commun d'a-

poplexie, celles qui résultent d'une rupture avec épanchement sanguin dans la substance cérébrale, et qui par cela même sont bien séparées, bien définies sous le point de vue anatomique, le sont de même par leurs symptômes, et si les symptômes sont bien ceux auxquels peut s'appliquer la qualification d'*apoplectique* ; car les Grecs ne se proposèrent, en employant ce mot, que de représenter, à l'aide d'une image, les phénomènes offerts par la maladie.

Pour résoudre cette question, il n'y a qu'une marche à suivre, c'est de comparer avec l'apoplexie ainsi définie toutes les maladies qui ont avec elle de la ressemblance, de tenir compte des différences, et d'examiner si ces différences suffisent pour établir une ligne de démarcation. Cette marche est à-peu-près celle qu'a suivie M. Rochoux dans son second chapitre, celui où il se propose de distinguer l'apoplexie de toutes les autres maladies ; mais il n'entame ce sujet qu'après avoir complété par l'histoire du ramollissement et de l'épanchement consécutifs, ainsi que par quelques cas de guérison, la description de l'apoplexie. Il n'y a que des éloges à donner à toute cette portion de l'ouvrage.

Mettons de côté l'épilepsie dont le diagnostic est généralement facile à établir, et voyons si M. Rochoux sera aussi heureux pour les autres affections comateuses et les névroses susceptibles de simuler l'hémorrhagie cérébrale.

En ce qui concerne le carus et la léthargie, il fait avec raison remarquer que rien ne serait plus opposé au véritable esprit de la médecine, que de réunir et de présenter comme des apoplexies ces deux affections, dont toute la ressemblance avec l'apoplexie consiste à avoir avec elle un symptôme commun. Ici, il a beau jeu, et n'a pas de peine à faire voir qu'on peut, sans inconvénient, refuser à ces deux états morbides le même nom qu'à l'hémorrhagie cérébrale avec rupture ; mais il n'en est plus de même au sujet des apoplexies nerveuses des auteurs : il s'en faut qu'ici notre confrère justifie complètement sa manière de voir. Tout le monde le sait, il n'y a pas seulement un symptôme commun entre cette espèce d'apoplexie et l'autre ; presque tous le sont. C'était une comparaison minutieuse des uns et des autres, qu'il fallait placer dans cette partie de l'ouvrage ; or, il n'y a rien ou presque rien. M. Rochoux nous dit en somme (p. 207), qu'il est toujours possible de distinguer ces affections de la véritable apoplexie. Pour le prouver, il rapporte l'histoire d'un cas d'épilepsie compliquée de coma et de paralysie générale, qui se termina par la guérison. Il argue de la marche et surtout de la terminaison, pour affirmer que ce ne peut être un exemple d'apoplexie. Je le veux bien ; mais il y a des cas bien plus difficiles que celui-là. M. Rochoux les connaît aussi bien que moi. C'était eux qu'il fallait discuter. *Instantanéité* de l'attaque, *perte du sentiment*, *hémiplégie*, tout

cela a été observé chez des sujets qui sont morts sans, qu'à l'ouverture du cadavre, on ait trouvé d'épanchement sanguin dans le cerveau. Voilà où il fallait porter ses investigations. Notre confrère, que ces faits embarassent probablement autant que moi, les passe sous silence. Il dit seulement qu'il ne prétend pas que, par suite d'une affection nerveuse du cerveau, et sans aucun trouble de la circulation, il ne puisse jamais se développer des accidens graves, même mortels: mais il ne s'agit pas de ne pas nier ces faits, il fallait les apprécier et en déduire des conclusions. Vous proposez de restreindre le sens, trop vague peut-être, d'un mot. Pour le faire convenablement, il vous faut établir, entre les cas auxquels vous voulez le réserver et les autres, des distinctions, et c'est précisément les faits qu'on est le plus en droit de confondre avec ceux que vous mettez à part, que vous repoussez sans examen. Où est la logique? Mais peut-être ceci n'est-il pas assez clair, insistons un peu davantage.

Il se trouve qu'on a donné, dans notre science, le nom d'apoplexie à un groupe de symptômes; il se trouve en même temps que ces symptômes ou d'autres analogues, tantôt coïncident avec une altération spéciale, tantôt vont sans lésion aucune. Il vous plaît de refuser le nom d'apoplexie aux uns et de le conserver aux autres : à la bonne heure si vous prouvez que dans les deux cas les symptômes confondus sous une même dénomination ne sont pas identiques : sinon, vous aurez tort. Toutes les lésions du monde n'empêcheront pas que l'on n'ait entendu par apoplexie telle ou telle forme symptomatique : toutes les fois que cette forme se représentera, il faudra bien lui attacher son nom, comme on le fait pour la dyspnée. Dites, si vous voulez, *apoplexie avec ou sans lésion*, mais dites toujours *apoplexie*; sans quoi vous changez le sens des mots, et mettez partout la confusion au lieu de la précision que vous vous proposiez. Je conçois qu'il répugne de supposer qu'une apoplexie avec épanchement ait les mêmes symptômes qu'une apoplexie sans épanchement. Cela répugne surtout, lorsqu'on admet que l'épanchement et l'altération du cerveau sont la cause organique des symptômes, mais qu'y faire? les observations sont là. J'accorde, s'il faut, qu'il y a des différences qui nous échappent, parce qu'en bonne logique deux causes différentes ne peuvent amener des effets identiques; cela est vrai; mais il est également vrai que, si les différences ne tombent pas sous le sens, si je ne les aperçois qu'avec les yeux de l'esprit, elles sont pour moi comme si elles n'étaient pas, et ne peuvent me servir à établir les distinctions positives dont j'ai besoin.

Au reste, il se pourrait bien que je raisonnasse fort mal; je déclare, c'est bien à contre-cœur que j'argumente contre la thèse de notre confrère, je voudrais qu'il eût raison. Autant qu'un autre, je désirerais mettre de la simplicité dans l'édifice médical; mais en

pareille occasion, la simplicité ne serait qu'illusoire et purement artificielle. J'appelle de nouveau les réflexions de M. Rochoux sur ce point important. Il sait qu'il ne s'agit de rien moins que d'une querelle de mots; qu'il examine donc, et décide!

Après les névroses, vient le coup de sang. M. Rochoux n'a pas de peine cette fois à établir des différences notables entre l'épanchement avec déchirure et les congestions aussi promptement dissipées qu'effectuées; il est d'autant plus dans le vrai, qu'il ne nie pas que quelquefois il n'y ait passage de l'une à l'autre par une suite de degrés à peine sensibles.

Viennent ensuite les cas où l'on trouve, après des désordres cérébraux, au lieu de sang épanché et d'une portion de substance médullaire déchirée, un simple épanchement de sérosité. Ce sont les cas d'apoplexie séreuse des auteurs; M. Rochoux aborde à leur sujet la même question que toute à l'heure.

Cette fois encore, hâtons-nous de le dire, les observations et les raisonnemens de M. Rochoux sont convaincans; après les avoir méditées, il est difficile de ne pas se décider en faveur de son opinion. Comment comprendre, en effet que, sans altération de substance cérébrale, la petite quantité de sérosité qu'on rencontre le plus souvent soit la cause des effets graves qu'on observe! Comment l'admettre, quand on songe à l'ignorance où nous sommes sur la quantité normale de la sérosité intra-ventriculaire, et quand on se rapelle, d'une part, les cas nombreux où la quantité de cette sérosité se trouve excessive, bien qu'il ne se soit manifesté aucun symptôme, et de l'autre, ceux, où après les symptômes les plus intenses, on trouve ces mêmes ventricules vides de sérosité, absolument secs.

La nature apoplectique de cette affection ne ressort pas davantage de l'examen de sa marche symptomatique. Presque toujours, en effet, elle s'accompagne de prodrômes; il y a une pyrexie marquée; au lieu de l'hémiplégie des apoplectiques par hémorrhagie cérébrale on observe une flaccidité générale des quatre membres, qui semble provenir d'un défaut de volonté plutôt que d'une paralysie réelle. Le coma existe à un plus haut degré et plus habituellement. On peut donc refuser le nom d'apoplexie à l'apoplexie séreuse. Nous en sommes parfaitement d'accord avec M. Rochoux.

Il est ensuite question des cas nombreux où, à la suite d'une dégénération lente du cerveau, il survient un épanchement séreux dans les ventricules qui simule l'apoplexie; alors la distinction est loin d'être facile. La difficulté vient surtout de l'obscurité dont s'entourent les progrès de l'altération organique. Quand on a lieu d'en soupçonner l'existence, il est possible avec beaucoup d'attention de distinguer l'épanchement séreux qui peut s'effectuer, de l'épanchement sanguin avec rupture

cérébrale ; mais les méprises sont fréquentes. Les observations réunies en cette partie de l'ouvrage offrent toutes beaucoup d'intérêt.

Après cet article, les maladies qui, bien qu'elles aient leur siège hors du crâne, peuvent être prises pour l'apoplexie, comme la paralysie de la moitié de la face, l'hystérie, l'asphyxie, le catarrhe suffocant, la fièvre pernicieuse apoplectique, la syncope, sont tour à tour passées en revue, et leur diagnostic est établi avec un soin auquel nous ne voyons rien à ajouter. Dans l'article suivant, intitulé : *apoplexies troublées dans leur marche par des complications*, M. Rochoux a rassemblé d'autres cas de diagnostic bien plus difficile. Ce sont des observations d'épanchement sanguin, compliqué d'épanchement séreux, de ramollissement...... survenus sur des sujets atteints de tumeur et d'affections chroniques diverses du cerveau ou d'autres viscères. Les faits extrêmement importans qu'on trouve ici réunis, ont le mérite de mettre sans déguisement sous nos yeux les difficultés de la pratique. Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur, car ces faits ne se prêtent guères à l'analyse ; il faut les étudier chacun en particulier.

Dans le chapitre suivant viennent les maladies qui simulent l'apoplexie par trouble survenu dans leur marche. C'est ici qu'il est question du ramollissement considéré surtout à l'état aigu. Je néglige exprès plusieurs considérations importantes, pour ne point perdre notre point de vue. Arrivons aux conclusions très-sages, qu'on lit à la page 326 : « *C'est au caractère des prodrômes, à la marche progressivement croissante des symptômes cérébraux, et surtout à la manifestation des mouvemens convulsifs, que l'on reconnaît le ramollissement de l'encéphale ; pourtant on peut aussi le voir ne présenter que quelques-uns, ou même aucun de ces phénomènes, et se manifester uniquement par la perte de connaissance accompagnée de paralysie complète ; de là, sa ressemblance avec l'apoplexie.* »

Les morts subites qui terminent quelquefois des maladies anciennes de poitrine ou autres, attirent ensuite l'attention de l'auteur ; mais il fait bientôt voir en quoi elles diffèrent de l'apoplexie, et il passe à une dernière série de faits plus susceptibles d'être opposés avec avantage à sa manière de voir ; ce sont les cas d'hémorrhagie intra-crânienne sans altération de la pulpe cérébrale.

C'est sous ce chef qu'il faut ranger les hémorrhagies, suites des plaies de tête, les hémorrhagies par rupture des artères *basilaire*, *communicante*, *carotide*, et celles par ruptures veineuses, et par exhalation, à la surface du cerveau ou dans l'arachnoïde. M. Rochoux convient avec bonne foi, p. 547, de l'extrême obscurité du diagnostic dans ces diverses circonstances ; mais il ne se rebute pas entièrement, et montre, notamment dans la 86ᵉ observation comment on pourrait arriver quelquefois à un diagnostic précis. Il attache avec raison la plus grande impor-

tance au trouble, si léger qu'il soit, des facultés intellectuelles; la conservation complète de connaissance est impossible quand il y a rupture du tissu du cerveau; l'une exclut l'autre, remarque qu'il importe de méditer.

Arrivés au terme de ce long et difficile chapitre, nous avons les élémens de notre jugement sur la question qui nous a occupé tout d'abord, celle de l'excellence de la définition proposée par M. Rochoux: le lecteur pressent notre opinion. En définitive, il nous paraît que, dans l'état actuel de la science, cette définition restreindrait trop le sens du mot apoplexie. Pour notre compte, nous ne pouvons refuser ce nom aux cas d'apoplexie dite nerveuse, et nous serions fort embarrassés, si, sur le vivant, nous avions à établir entre l'apoplexie telle que l'entend M. Rochoux, et toutes les exhalations sanguines ou séreuses, des différences symptomatiques tranchées. Nous n'adoptons donc pas en tout la conclusion qu'a tirée M. Rochoux de ses recherches; mais il faut l'avouer, elles ont puisamment contribué à éclairer une multitude de points de l'histoire de l'apoplexie. Les symptômes sont exposés avec une netteté remarquable, les procédés suivis par la nature dans la cicatrisation des cavernes sont décrits avec exactitude; et enfin, si l'auteur n'est pas parvenu à établir une démarcation absolument tranchée entre ce qu'il appelle l'apoplexie, c'est-à-dire, l'hémorrhagie cérébrale, et les autres maladies de l'encéphale, il a du moins montré en quoi elles diffèrent, et peuvent être distinguées, quand il n'y a pas de complication. Pour se faire une idée juste de l'importance de tous ces travaux, il faut se rappeler qu'ils ont précédé ceux de MM. Rostan et Lallemand de plusieurs années.

Le chapitre consacré au siége de l'apoplexie se compose de deux parties distinctes. Dans la première, toute pathologique, l'auteur a reproduit, comme dans la première édition, les idées de Morgagni, rectifiées par quelques tableaux desquels ressort, comme fait capital, que le siége de prédilection de l'apoplexie est dans le corps strié et la couche optique. A ces tableaux, M. Rochoux joint celui que M. Andral a inséré dans son Précis d'anatomie pathologique. L'histoire anatomique de l'apoplexie ainsi complétée, reste à déterminer jusqu'à quel point les différences de siége constatées sur le cadavre peuvent être reconnues sur le vivant à des signes particuliers. M. Rochoux n'a pas de peine à montrer combien nous sommes pauvres en données positives sur ce curieux sujet. Sur ce point, notre manière de voir est en tout conforme à la sienne.

La seconde partie est consacrée à l'appréciation des idées de Gall, sur le cerveau, d'après les faits fournis par l'étude de l'apoplexie. Nous ne mentionnons ici que la conclusion à laquelle se laisse aller M. Rochoux; c'est que le système de Gall (je copie textuellement), est la

plus singulière mystification qu'ait éprouvée le monde savant depuis celle du mesmérisme. Nous approuvons l'auteur de dire ce qu'il pense.

Les causes de l'apoplexie font la matière du chapitre suivant : on y dira les résultats des données que la science possède sur l'influence de l'âge, de l'hérédité, du tempérament et d'une multitude d'autres circonstances. Les opinions de M. Rochoux ne s'éloignent des idées généralement admises qu'en ce qui concerne l'influence du cœur qu'il croit avoir été exagérée par quelques auteurs. Au sujet de l'augmentation prétendue du nombre des apoplectiques, notre confrère fait voir facilement combien l'on aurait tort de consulter les tables nécrologiques, même celles que l'on dresse à Paris pour décider cette question.

Ce chapitre nous parait contenir l'étiologie complète de l'apoplexie, du moins en ce qui concerne les connaissances certaines. Peut-être eût-il dû aborder quelques idées nouvelles qui n'ont pas ce dernier caractère, mais qui sont cependant dignes d'intérêt, je veux parler des idées récemment émises sur l'influence de quelques altérations des reins dans la production de l'apoplexie.

L'historique des traitemens préconisés depuis les anciens jusqu'à nous, commence le cinquième et dernier chapitre.

Cet historique est suivi de l'exposition des indications principales qui se réduisent aux trois suivantes :

1° Diminuer la masse totale du sang et arrêter l'hémorrhagie encéphalique par la saignée générale répétée selon que les circonstances le permettent, jusqu'à trois ou quatre fois à la dose de trois palettes chacune. Cette saignée sera faite à la veine jugulaire ou au bras du côté non paralysé, la tête et le tronc étant maintenus élevés.

2° Empêcher la continuation de l'effort hémorrhagique et le développement de l'inflammation. Par l'emploi méthodique des sangsues, des ventouses et des compresses d'eau froide ; on secondera leur action par l'usage abondant des boissons délayantes.

3° Favoriser la résorption. M. Rochoux est bien loin de recommander dans ce but l'emploi des dérivatifs irritans, rubéfians ou vésicans. Les douches, les linimens vulgairement employés, l'électricité, le galvanisme, la strychnine, lui semblent tous dangereux. — La prolongation du régime antiphlogistique et une diète légère sont, selon lui, préférables à tout.

Quelques réflexions analogues sur la prophylaxie précèdent les conclusions et le tableau des médicamens, index qui tient peu de place et qui ne laisse pas d'avoir son utilité, surtout pour les jeunes médecins.

Pour conclure à notre tour, nous dirons que cette deuxième édition doit être considérée comme le résumé le plus complet des con-

naissances actuelles sur l'apoplexie. Irréprochable sous le rapport des détails qui nous paraissent de la plus grande exactitude, on peut considérer ce livre comme classique. Quant à l'idée fondamentale à la discussion de laquelle nous avons consacré la majeure partie de cette analyse, elle nous semble entachée d'un peu trop de rigueur, mais ce tort, si c'en est un, ne diminue en rien le mérite incontestable des recherches de M. Rochoux, et notre opinion est parfaitement d'accord en cela avec celle de tout le monde. DALMAS.

Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain, avec un Atlas de planches gravées; par VELPEAU. *Deuxième édition. Paris*, 1833; *in*-8.°, 2 *vol.*

M. Velpeau a publié en 1825 et 1826 la première édition de son Traité d'anatomie chirurgicale. Cet ouvrage fut accueilli avec d'autant plus d'intérêt, que l'anatomie chirurgicale, à l'étude de laquelle Béclard avait donné une si grande impulsion, ne se pouvait apprendre que dans les cours et dans des ouvrages rares, et qui d'ailleurs ne comprenent qu'une partie plus ou moins circonscrite de ce vaste sujet. Depuis lors, les critiques qui ont été faites de cet ouvrage, les conseils donnés à l'auteur par des personnes compétentes, et ses propres réflexions, ont engagé M. Velpeau à y apporter de telles modifications, que l'édition d'aujourd'hui est plutôt un ouvrage nouveau qu'une révision de l'ancien.

L'auteur, dans l'introduction, expose ce qu'est, selon lui, l'anatomie chirurgicale: « Expliquer, par l'anatomie, les nombreuses particularités soit de chirurgie, soit de médecine opératoire qui se rapportent à l'état appréciable des organes, » tel est l'important problème qu'il se propose de résoudre pour chaque partie du corps. Le moyen qui lui parait le plus propre à atteindre ce but, consiste à décomposer le corps en régions; à l'aide de limites formée par les organes eux-mêmes; puis une région étant donnée, il en indique la forme et les particularités extérieures qui peuvent être do quelques secours au chirurgien. Il la décompose ensuite en ses élémens qu'il étudie en particulier. L'examen de la peau et de la couche sous-cutanée lui permet de montrer l'influence que ces couches exercent sur les plaies, les ulcères, les abcès, les opérations. Les fascia viennent ensuite, et l'auteur attache avec raison la plus grande importance à leur exposition, car les aponévroses, à peine décrites dans les traités d'anatomie descriptive, connues depuis peu par les ouvrages de Godman et do M. Paillard, forment un élément anatomique extrêmement important en pathologie, soit médicale, soit chirurgicalo, et fécond en déductions pratiques.

Continuant l'exposition de tous les organes qui concourent à la région, il décrit : les muscles en faisant ressortir le rôle qu'ils jouent dans les fractures, les luxations, les plaies, les amputations, etc.... ; les artères, leurs rapports, leurs variétés, leurs anastomoses et l'influence que ces circonstances exercent sur leurs anévrysmes, leurs plaies, leurs ligatures, etc.... ; les veines, les lymphatiques, les nerfs ; les os et enfin les organes plus complexes, quand il s'en rencontre, faisant toujours, à propos de chaque élément de la région, les observations pathologiques et opératoires que sa texture et ses connexions suggèrent.

Après avoir ainsi considéré chaque système sous le point de vue anatomico-chirurgical, M. Velpeau recompose en quelque sorte la région par ordre de superposition, dans un resumé synthétique qui permet au chirurgien d'embrasser d'un seul coup-d'œil l'ensemble des objets qui composent cette région. Pour compléter le cadre, l'auteur a, dans les parties où cela offrait le plus d'intérêt, ajouté une coupe transversale de la région avec l'énoncé des objets qui se présentent alors à découvert, exposition dont on comprend toute l'importance pour les amputations.

Enfin quand des considérations chirurgicales, n'appartenant en propre ni à une couche ni à un organe, étaient susceptibles d'être généralisées, elles ont été avantageusement placées, soit à la fin du paragraphe, soit à la fin de l'article entier.

Dans cette nouvelle édition, M. Velpeau a fait plusieurs additions qui nous paraissent de la plus haute importance. Ainsi l'histoire chirurgicale et pathologique de l'anatomie générale, qui occupe plus de 200 pages du premier volume, est entièrement neuve. Il suffit, pour montrer l'utilité de cette addition, de rappeller que la connaissance de la structure, des propriétés, et de la superposition des trois tuniques qui entrent dans la composition des artères, est indispensable pour comprendre ce que les auteurs ont écrit sur les plaies, les anévrysmes, la ligature de ces vaisseaux.

En parlant du système artériel, je dois faire remarquer que M. Velpeau soutient une opinion trop exclusive quand il prétend que la structure de la tunique interne des artères est telle, que l'inflammation primitive de ces vaisseaux est impossible, et que tout ce qui a été écrit sur l'artérite, soit aiguë, soit chronique, se rapporte à de pures suppositions. Les faits consignés dans le quatrième volume du *Dictionnaire de Médecine* (nouvelle édition), ne permettent pas de révoquer en doute l'existence de l'inflammation des artères.

L'ouvrage de M. Gerdy sur l'anatomie des formes extérieures du corps humain appliquée à la peinture, a fait sentir à l'auteur le besoin d'insister davantage, dans cette nouvelle édition, sur la disposition extérieure du corps en général et de chaque région en particulier :

De nouvelles dissections, des recherches subséquentes lui ont permis

de faire ressortir avec plus de soin l'influence de la disposition des aponévroses et du tissu cellulaire sur tout ce qui concerne la pathologie chirurgicale et la médecine-opératoire dans chaque région du corps. Les variétés du système vasculaire, qui méritent une si grande attention, ont été exposées avec beaucoup d'exactitude. L'auteur a recommencé presque sur nouveaux frais l'examen du thorax, de l'abdomen, et de plusieurs régions importantes, telles que le devant du cou, l'aisselle, le périnée, l'aine, etc. Pour opérer tant de changemens dans l'ouvrage et l'enrichir d'un aussi grand nombre d'additions, il a fallu faire des suppressions multipliées. Nous avons vu avec plaisir l'auteur supprimer de son ouvrage la circonscription des régions à l'aide de lignes géométriques, et faire rentrer dans les régions naturelles toutes les divisions arbitraires qu'il avait cru pouvoir établir sur différens points du corps.

M. Velpeau a joint à cette nouvelle édition, comme à la première, un certain nombre de planches représentant les régions les plus importantes du corps. Mais aucune des planches de l'ancienne édition n'est restée; elles ont toutes été reprises sur nature, et pour la plupart d'après de nouvelles vues. Celles du cou, de l'aine, et plusieurs de celles du bassin, comprenant chacune deux régions, ont permis de mettre en évidence les rapports d'ensemble de certains organes qu'il eût été fâcheux de représenter isolément. Leur nombre a été porté à vingt au lieu de quatorze, et la gravure substituée à la lithographie; en outre, au lieu d'être unies à chaque volume, elles sont réunies en un atlas qui les rend d'un usage plus commode et d'une conservation plus facile.

Il paraît que M. Velpeau a modifié ses idées relativement au prix qu'il attache à la citation du titre et du passage des ouvrages, mis à profit pour en composer un autre. Dans son Traité de médecine opératoire, M. Velpeau n'a fait presqu'aucune citation, disant pour raison (1). « Que cela 1° gênait la lecture du livre; 2° en multipliait les pages, 3° troublait la mémoire, 4° favorisait la lecture de perroquet déjà trop répandue dans les écoles françaises. » Ces raisons ont paru faibles; et M. Velpeau en mentionnant dans son anatomie chirurgicale le titre et la page de l'ouvrage, à propos de chaque auteur cité, a prouvé, d'une part, qu'il avait senti la justesse des observations qui lui ont été adressées à propos de son Traité de médecine opératoire, et d'autre part, qu'il était loin de mériter les reproches que quelques personnes avaient été tentées de faire à la fidélité de sa mémoire.

On voit que M. Velpeau a de la peine à se défaire de son amour du néologisme. Sans doute un mot nouveau est bon pour une idée

(1) Velpeau, *Méd. opér.*, préface, p. xiv.

nouvelle, mais nous ne voyons aucune utilité à introduire dans le langage anatomique, les noms de *coquille ethmoïdale*, de *ruban bicépital*, etc.... pour désigner ce que tout le monde connaît sous le nom de cornet ethmoïdal, d'expansion aponévrotique du biceps, etc., cette consonnance de mots inusités, réunie à un certain nombre de phrases dont la composition n'est pas toujours très-correcte, rend par fois fatigante la lecture d'un ouvrage, dont le sujet est d'ailleurs d'une nature sèche et ardue.

Ceci mis de côté, l'on ne peut que donner des éloges à la description exacte et complète de chaque région, à la sagacité avec laquelle l'auteur a fait dériver de l'anatomie une foule de considérations physiologiques et pathologiques, de préceptes pour la médecine opératoire, etc. Nous pensons que ce traité d'anatomie chirurgicale est un livre dont l'utilité sera grandement appréciée, et par les élèves aux études anatomiques desquels il doit servir de complément, et par les praticiens qui trouveront l'explication d'un grand nombre de phénomènes pathologiques, et les motifs des règles les plus importantes qui doivent les guider dans le traitement de plusieurs maladies et dans la pratique de toutes les opérations.

Telles sont les remarques générales que nous avons pu faire sur l'ensemble de l'ouvrage. Il faudrait maintenant pour le juger d'une manière plus complète, analyser chaque chapitre en particulier; mais un pareil travail nous entraînerait bien au-delà des bornes d'un simple compte rendu. A. Bérard.

Le défaut d'espace nous empêche d'insérer l'analyse des *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur l'inflammation aiguë de l'arachnoïde cérébrale*, etc., par M. Van Goetsen, analyse faite par M. Dalmas, et qui faisait suite à celle de l'ouvrage de M. Rochoux; l'analyse du 1er volume du *Traité d'anatomie* de M. Broc, ouvrage si remarquable sous certains rapports; celles du *Traité d'anatomie pathologique* de M. Lobstein, du V.e vol. de la *Clinique médicale*, de M. Andral, comprenant les maladies du cerveau; des *Traités de physiologie* de M. Richerand et de M. Magendie, etc. Malgré l'étendue de ces analyses, nous ferons ensorte qu'elles paraissent dans les prochains numéros.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1834.

Mémoire sur le diagnostic, où l'on examine les signes communs et différentiels de diverses maladies des organes contenus dans les cavités pectorale, abdominale et céphalo-rachidienne; par M. HUGUIER (Pierre-Charles), *aide-d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux civils de Paris, membre de la Société anatomique.*

De l'importance du diagnostic. — Il serait ridicule, dans l'état actuel de la science, de chercher à prouver l'utilité du diagnostic en médecine. On conçoit même à peine comment des auteurs modernes ont pu revenir à l'opinion d'Asclépiade et de son disciple Thémison, qui ont rangé les maladies en deux classes seulement, le *strictum* et le *laxum*, et avancer que cette branche de l'art de guérir n'en était qu'un point secondaire; qu'il suffisait au médecin de savoir distinguer si la maladie est sthénique ou asthénique (système de Brown), pour ensuite tonifier ou affaiblir le malade. Une opinion aussi fausse sur la nature et la thérapeutique des maladies n'a pu être émise que par des médecins systématiques ou peu versés dans l'anatomie et la physiologie pathologiques (1). Aussi je ne m'attacherai nullement à la combattre.

(1) J'entends par physiologie pathologique la connaissance des

Pour nous, convaincus que la thérapeutique et le pronostic ne pourront faire des progrès et être véritablement utiles que lorsque le diagnostic différentiel des maladies sera bien établi, nous nous efforcerons continuellement à aplanir une partie des nombreuses difficultés qu'il présente, et à chercher les signes ou même les simples nuances à l'aide desquels les affections morbides peuvent être distinguées les unes des autres. C'est là le but de ce Mémoire, dans lequel nous prouverons, 1.° que le diagnostic est loin d'être aussi facile qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps, même dans les maladies ordinaires : je ne parle pas des maladies très-rares qui, par cela seul, ne se présentent pas à l'esprit du médecin, et ne sont pas soupçonnées et encore moins diagnostiquées par lui; 2.° que dans un assez grand nombre de cas il est impossible de l'établir.

Ce Mémoire renfermera plusieurs faits qui serviront à éclaircir le diagnostic différentiel de diverses maladies qui ont entre elles plusieurs points de contact et assez d'analogie pour les faire souvent confondre les unes avec les autres.

Ce travail sera divisé en trois chapitres : le premier renfermera les maladies des organes contenus dans la poitrine, et des données sur divers états généraux de l'économie qui peuvent simuler une affection du cœur.

Dans le deuxième nous parlerons des affections de l'abdomen, et en particulier de l'ulcère et du cancer de l'estomac, des efforts conservateurs de la nature dans le cas de perforations des organes creux, de l'hydropisie de l'ovaire,

---

changemens qui surviennent dans les fonctions des organes malades, ou, si l'on veut, la connaissance des altérations que les fonctions d'un organe malade peuvent éprouver, c'est ce qui constitue la plus grande partie de la symptomatologie. Quand je dis : la respiration est inégale, fréquente, incomplète, douloureuse, j'indique qu'elle ne se fait pas selon son rythme normal, et je fais de la physiologie pathologique.

de la métrite chronique et des signes des premiers mois de la gestation comme pouvant simuler diverses maladies.

Dans le troisième, nous nous occuperons des affections de l'appareil cérébro-spinal, telles que la congestion cérébrale, l'apoplexie, la paralysie de la langue, et des maladies des organes protecteurs du cerveau et de la moelle épinière. Ce chapitre renfermera un appendice sur les contractures musculaires et la paralysie partielle.

Chapitre I.er — Examen de quelques-unes des maladies des organes circulatoires et respiratoires.

Anévrysmes de l'aorte pectorale.—Cette portion de l'aorte peut, dans certains points de son étendue, dans sa partie inférieure, par exemple, devenir le siège d'une dilatation anévrysmale, qui ne déterminera aucun trouble dans les fonctions, ou produira simplement un peu de gêne dans la respiration ou la déglutition, et pourra déterminer la mort instantanée en s'ouvrant largement dans la poitrine ou dans l'œsophage, avant que le malade et le médecin aient pu soupçonner l'existence d'une maladie aussi grave, ou même d'aucune maladie. Si la rupture des parois de cet anévrysme dans l'œsophage est petite, sinueuse, irrégulière, il pourra se faire qu'elle ne laisse écouler qu'une petite quantité de sang qui supérieurement remontera le long de l'œsophage, et sera rejeté au dehors par la bouche; inférieurement s'épanchera dans l'estomac, d'où il pourra être rendu, soit par la bouche, avec des matières vomies, soit par l'anus, avec des matières fécales. Cet anévrysme pourra alors être pris pour une hématémèse, et cela d'autant plus volontiers que la tumeur, en comprimant l'œsophage et en contractant des adhérences avec lui, aura aussi exercé une compression assez forte sur les cordons nerveux œsophagiens qui passent entre l'aorte et le conduit pharyngo-gastrique, d'où auront dû suivre des troubles dans les fonctions de l'estomac, peut-être aussi des dou-

leurs le long du trajet des nerfs pneumo-gastriques, et même plus loin, à cause de leurs nombreuses anastomoses avec le nerf grand sympathique. Ce cas de rupture d'une poche anévrysmale par une petite ouverture dans l'œsophage n'est pas une pure supposition. Nous allons en rapporter un exemple qui fut pris pour une hémoptysie et non pour une hématémèse, parce que la malade était en même temps soupçonnée d'être atteinte d'une phthisie laryngée. Voici donc un cas d'anévrysme de l'aorte qui peut être entièrement méconnu, que la tumeur se soit ouverte ou non dans la plèvre ou dans l'œsophage, ou qui peut être pris pour une affection de l'estomac, hématémèse, squirrhe du cardia, en troublant les fonctions de l'estomac et de l'œsophage, ou bien pour une affection du poumon, hémoptysie, etc., si surtout il y a avec cela quelque bronchite ou quelque gêne dans la respiration.

L'anévrysme de la fin de la crosse de l'aorte, qui se trouve au milieu des diamètres de la poitrine et partant éloigné des parois de cette cavité, est aussi très-difficile, pour ne pas dire impossible, à diagnostiquer, à moins qu'il n'ait acquis un volume considérable : il peut ne causer que de la toux et une simple gène de la respiration, par la compression de la bronche gauche et du plexus pulmonaire du côté correspondant, ou bien déterminer en même temps l'engouement du poumon, et des hémoptysies par la compression des veines pulmonaires gauches; symptômes qui pourront être pris pour ceux d'une phthisie pulmonaire commençante. L'hémoptysie sera considérée comme essentielle, ou même comme supplémentaire des menstrues, si la maladie a lieu chez une femme non réglée, ou dont les règles sont irrégulières, peu abondantes, et chez laquelle, à chaque époque menstruelle, une plus grande quantité de sang traverse le cœur et l'appareil respiratoire. Mais une maladie que peut-être aucun praticien n'a pensé pouvoir être simulée par un anévrysme de l'aorte, c'est la phthisie la

ryngée. Nous allons cependant en rapporter un exemple, dans lequel l'anévrysme de l'aorte, qui ne fut pas même soupçonné, fut d'abord pris pour une phthisie laryngée, et ensuite pour une hémoptysie symptômatique.

Observation. — *Anévrysme de l'aorte simulant une phthisie laryngée.* — Le 30 mars 1831, entre à l'hôpital St.-Louis, salle Ste.-Marthe, numéro 4, la nommé Virginie Latour, âgée de 48 ans; dame de compagnie, demeurant rue du faubourg St.-Martin. Il y a près de dix mois qu'elle a commencé à être malade, et que ses règles sont peu abondantes et irrégulières. Il y a huit mois qu'elle éprouve de temps à autre, mais surtout dans les temps froids et humides, un malaise, un sentiment d'embarras dans la poitrine, quelques douleurs vagues, et de la toux. Peu à peu ces symptômes s'aggravèrent, la toux devint plus fréquente, la voix enrouée et quelquefois entièrement voilée.

La malade entra à la maison royale de Santé; elle éprouvait, à cette époque, une douleur sourde le long de la trachée, une titillation, un picotement au larynx qui lui causaient une toux par quinte. La voix était faible, entrecoupée; quelquefois elle était glapissante. Cette femme éprouvait de temps en temps des accès de suffocation, qui ressemblaient à ceux du croup, et d'autres fois étaient semblables à ceux de l'œdème de la glotte. Dans l'intervalle des accès, la malade se portait bien. Le célèbre médecin, dans le service duquel elle était placée, (et qui nous a donné lui-même la plus grande partie des renseignemens que nous venons de signaler), diagnostiqua une phthisie laryngée, ou une inflammation chronique de la membrane muqueuse du larynx. Les pectoraux et la médecine antiphlogistique et révulsive furent mis en usage; deux cautères furent appliqués sur les côtés du larynx.

Tous ces moyens, quoique actifs, ne soulagèrent pas la

malade qui, faute de moyens pécuniaires, ne put rester plus long temps à la maison de Santé ; elle retourna chez elle, où son mal continua à faire des progrès. Le 30 mars elle fut prise d'une attaque d'hémoptysie, la suffocation devint plus intense que les autres jours, ses crachats se mêlèrent à une assez grande quantité de sang; elle fut amenée à l'hôpital, et reçue d'urgence. On lui pratiqua une saignée de bras, on lui ordonna de la limonade tartarique et des sinapismes aux jambes : après l'usage de ces moyens, la dyspnée diminua, le crachement de sang fut presqu'entièrement arrêté.

Le lendemain 31, les crachats sont légèrement teints de sang, il y a encore un peu de difficulté dans la respiration. La voix est si faible que la malade a peine à se faire entendre; du reste pas de fièvre. La poitrine résonne bien partout, aussi on entend le bruit de l'expansion pulmonaire, ce qui éloigne l'idée d'une affection de la poitrine, à laquelle nous avions d'abord pensé. On continue la même médication que la veille, on ajoute un lavement laxatif.

Le 1er avril, l'amélioration continue; il n'existe plus que les symptômes de l'affection du larynx.

Le 2, la malade est prise d'un nouvel accès ; elle fait plusieurs efforts de toux; tout-à-coup elle rend du sang clair par la bouche et les fosses nasales, elle se sent défaillir, elle tombe en syncope, les yeux s'agitent dans les orbites, il survient quelques mouvemens convulsifs qui sont suivis de la mort, avant même que le chirurgien de garde ait le temps d'aller la secourir.

Autopsie. — Une mort aussi prompte, après une perte si peu considérable de sang, devait nous faire penser qu'elle avait été produite par une rupture, soit du cœur, soit d'un des gros vaisseaux qui s'y rendent. Nous commençâmes donc par ouvrir la poitrine.

Les plèvres, les poumons, le cœur sont sains.

L'inspection de l'aorte nous fait reconnaître une tumeur anévrysmale, du volume d'un gros œuf de dinde, ayant son siége sur la concavité et sur la face postérieure de la crosse de l'aorte; la partie antérieure et supérieure de cette artère est saine. Cet anévrysme est formé par la dilatation des tuniques interne et moyenne; il renferme du sang coagulé et des concrétions fibrineuses : celles qui se rapprochent du centre de la tumeur sont irrégulières et flottent au milieu du sang; celles qui se rapprochent de la circonférence sont sous forme de lames pressées les unes sur les autres, et adhèrent légèrement entre elles; la plus superficielle adhère assez fortement à la tunique moyenne de l'artère. Vers sa partie postérieure, la cavité anévrysmale présente une ouverture large de six lignes, qui communique avec l'œsophage : les bords de cette ouverture sont noirâtres, irréguliers, comme gangrénés. La bronche gauche est comprimée par la tumeur, au point que les deux extrémités de son diamètre sont en contact et adhèrent entre elles, de manière à diviser cette bronche en deux canaux, par une bride; en cet endroit la bronche est enflammée, elle soutient la tumeur anévrysmale, dont les parois sont très-minces dans ce point. Le larynx est parfaitement sain.

Le nerf laryngé récurrent gauche est atrophié, dilaté; il a presqu'entièrement disparu sous la compression exercée sur lui par la tumeur, qui, comme je l'ai dit, était développée à la concavité de la crosse de l'aorte, partie de cette artère qui est embrassée par le nerf.

L'estomac et le tube intestinal étaient remplis de sang; celui qui était dans l'estomac formait une masse coagulée qui avait la forme de l'organe qui le contenait.

Tous les autres organes étaient sains.

Réflexions. — Ce fait, plus qu'aucun de ceux connus, nous enseigne à être réservé dans le diagnostic que nous

avons à porter sur les maladies que nous observons. Voici une malade qui portait un anévrysme de l'aorte, sans présenter aucun des symptômes propres à cette maladie, ou même aucnn signe qui pût faire soupçonner son existence; de plus, le peu de symptômes offerts par la maladie étaient de nature à faire croire à la lésion d'organes qui étaient parfaitement sains. La compression de la bronche gauche, celle du nerf laryngé récurrent nous rendent compte de la difficulté de respirer, et des symptômes de phthisie laryngée, seule affection dont on croyait la malade atteinte. Il faut aussi remarquer qu'une tumeur de toute autre nature que celle dont nous parlons, occupant le même siége, aurait produit les mêmes symptômes et aurait pu donner lieu à la même erreur de diagnostic. Je dis tumeur de toute autre nature, parce qu'ici nous n'avons eu que des symptômes de compression qui peuvent être produits par toutes les tumeurs imaginables.

Si la tumeur eût été placée un peu plus haut, ou un peu plus bas, il n'y eut pas eu compression du nerf laryngé récurrent, partant pas de symptômes de phthisie laryngée, et la malade eut succombé brusquement, n'ayant présenté pendant toute son existence qu'une simple gène de la respiration, causée par la compression de la bronche gauche, gène de la respiration que probablement on eût attribuée d'autant plus facilement à l'irrégularité des règles, qu'elle n'était pas continue.

La petite quantité de sang que la malade cracha deux jours avant sa mort, après quelques quintes de toux, ne pouvait qu'induire en erreur; on sait en effet que les malades atteints de phthisie laryngée ou pulmonaire, sont assez souvent exposés à cracher un peu de sang, lorsqu'ils ont été fatigués par une toux un peu forte.

Nous retirons de cette observation un autre avis pratique, c'est qu'à l'avenir, quand un organe nous paraîtra malade, nous ne porterons pas notre diagnostic avant de nous

être demandé, si les vaisseaux ou nerfs qui animent cet organe ne seraient pas lésés d'une manière quelconque dans leur trajet : cette dernière réflexion me rappelle un cas rapporté par Fabrice de Hilden, de gangrène des pieds et des jambes, causée par une tumeur fibreuse de la région lombaire, et qui comprimait à la fois l'origine des nerfs du membre inférieur, l'aorte et la veine cave inférieure.

Maladies qui peuvent simuler un anévrysme du cœur. -- Les anévrysmes du cœur peuvent être simulés dans quatre circonstances différentes : 1° dans la dégénéresence tuberculeuse, cartilagineuse ou osseuse des parois des artères aorte ou pulmonaire, qui détruit la contractilité, l'élasticité artérielle, et nécessite un surcroît d'action de la part du cœur; 2° dans certaines maladies du poumon; 3° dans certains états de l'économie qui augmentent la quantité du sang, et le concentrent vers la poitrine; 4° dans certaines maladies des centres nerveux de la vie organique.

1.° *Dégénérescence des parois artérielles et maladies du poumon qui simulent l'anévrysme du cœur.* — Personne ne doute aujourd'hui de la contractilité, si ce n'est sensible et vitale, au moins de la contractilité organique des artères; il est même assez étonnant, que pour arriver à ce point, on ait été si souvent obligé d'avoir recours aux expériences et à l'observation des phénomènes circulatoires à l'état normal, quand la physiologie et l'anatomie pathologiques nous révélaient chaque jour l'existence de cette propriété et sa grande influence sur la circulation artérielle. Le seul état de vacuité des artères sur le cadavre eut dû nous convaincre de la facilité avec laquelle ces tubes reviennent sur eux-mêmes, lorsqu'ils n'ont subi aucune altération organique.

Viennent-ils au contraire à éprouver une dégénérescence tuberculeuse, cartilagineuse ou osseuse, qui se développe presque toujours, pour ne pas dire toujours, aux dépens de la tunique moyenne, principal organe de leur contrac-

tilité et de leur élasticité, on voit ces propriétés diminuer ou même être entièrement abolies; et là où l'altération organique existe, se trouvent des caillots sanguins, dont le nombre et le volume sont en raison de l'étendue de l'altération. Ce qui prouve encore cette grande influence de la contractilité et de l'élasticité artérielle sur le mouvement du sang, c'est la diminution de nutrition, de chaleur et même le développement de la gangrène des extrémités, qui se manifestent souvent chez les sujets dont les principaux troncs artériels sont ossifiés dans une grande étendue.

Dans une circonstance semblable, de deux choses l'une : ou les parties excentriques seront frappées de mort, parce que le sang n'arrive plus jusqu'à elles, ou parce qu'elles ne recevront plus aussi promptement et en aussi grande quantité cet élément de leur nutrition; peut-être même en sera-t-il ainsi, parce que ce fluide aura perdu par le ralentissement de son cours une partie de ses qualités vivifiantes : ou bien ces parties excentriques continueront à vivre. Dans ce dernier cas, il faudra qu'une force circulatoire supplée à celle qui aura été détruite par l'ossification des parois artérielles. Or cette force ne pourra venir que du cœur qui sera obligé d'augmenter la force et la fréquence de ses contractions, et cela d'autant plus que l'ossification occupera une plus grande portion du système artériel. Si, comme dans le fait dont nous allons bientôt parler, l'ossification occupe toute la longueur de l'aorte, le cœur ne pourra, malgré tous ses efforts, chasser à la périphérie une aussi grande quantité de sang qu'à l'état physiologique; ce liquide embarrassera les cavités cardiaques, les vaisseaux pulmonaires et les grosses veines qui se dégorgent dans le cœur droit, d'où le trouble de la circulation, de la respiration, et même des sécrétions séreuses, œdème, hydropisie, etc. Il n'est pas jusqu'au bruit de soufflet qui ne puisse être produit par cette surabondance de sang dans les cavités du cœur; en effet, ce bruit est ordinairement causé par le passage du sang à

travers les orifices rétrécis du cœur, par le défaut de proportion qui existe entre la quantité du sang chassé et l'ouverture qu'il doit franchir. Ainsi, bien que les ouvertures aient conservé leurs diamètres naturels, si la masse du sang qui les parcourt est plus grande que pendant l'exercice normal de la fonction, l'obstacle n'en existera pas moins, et le bruit sera produit. M. Andral, dans sa Clinique médicale, a rapporté plusieurs observations de malades qui avaient offert le bruit de soufflet, et chez lesquels les orifices du cœur étaient libres.

L'excès d'action du cœur en déterminera l'irritation qui causera des douleurs plus ou moins vives, des irrégularités dans la force, la fréquence des contractions, en un mot, tous les symptômes d'un anévrysme du cœur par hypertrophie. Cet appareil de symptômes sera encore plus complet si, comme chez le malade dont l'observation va suivre, il y a ossification simultanée de l'aorte de l'artère pulmonaire.

Si, à cette ossification qui, d'une part, nécessite l'augmentation de la force et de la fréquence des battemens du cœur, et d'une autre part produit l'accumulation du sang dans les cavités de cet organe et dans les organes environnans, nous joignons l'action d'affections morales vives, d'exercices musculaires forcés, d'un temps froid et humide, nous aurons plus de causes qu'il n'en faut pour produire tous les symptômes de l'anévrysme cardiaque, et nous aurons été complètement trompés par les apparences. Souvent néanmoins cette ossification ne se borne pas à produire des symptômes analogues à ceux de l'anévrysme du cœur; elle le produit en effet.

Observation. — *Ossifications de presque toute l'étendue de l'aorte et de l'artère pulmonaire prises pour un anévrysme du cœur.* — Le 3 juillet 1831, entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, N.° 46, la nommée Martin Rosalie, âgée de 73 ans, ancienne blanchisseuse.

Cette femme a toujours joui dans sa jeunesse d'une bonne santé; depuis cinq à six ans seulement sa santé s'est altérée : elle a commencé par éprouver de la gêne, de l'embarras dans la poitrine, sans pouvoir préciser au juste le siège de ce malaise. Elle devint très-sensible à l'impression du froid et de l'humidité qui lui causaient facilement des bronchites; plus tard elle éprouva des palpitations, des battemens de cœur assez forts, quelquefois même de la douleur lorsqu'elle montait son escalier ou faisait une marche un peu forcée. Elle fut saignée trois fois dans l'espace de cinq ans, et eut plusieurs applications de sangsues à l'anus. Chacune de ces évacuations sanguines la soulagea pour le moment, mais elles n'empêchèrent pas la maladie de faire des progrès, et la malade se vit forcée d'entrer à l'hôpital, où il lui fut prescrit le 4 juillet, de la tisane pectorale, un julep béchique, et le quart d'alimens.

Aujourd'hui 6 juillet, voici dans quel état se trouve M. R : peau terne, décolorée, sèche, excepté à la face où elle est animée et chaude; infiltration des pieds et des jambes, et de la partie postérieure de chaque cuisse; froid et picotemens incommodes aux extrémités, surtout aux inférieures; les battemens du cœur habituellement forts, développés et assez réguliers, principalement lorsque la malade est en repos.

Son thorax décharné permet d'apercevoir les battemens du cœur qui viennent soulever les muscles intercostaux et la partie supérieure de la région épigastrique, où ils sont aussi très-sensibles à l'oreille et à la main; M. R. nous dit que dans les temps froids et humides ou bien lorsqu'elle vient à fatiguer ou à être prise d'affections morales vives, elle est sujette aux accès d'asthme, dans lesquels elle a pensé plusieurs fois perdre la vie : elle ne dort que très-peu, son sommeil est assez souvent agité par des rêves pénibles; il lui semble qu'on l'étouffe ou qu'elle se noie : ces songes pénibles la prennent habituellement le matin ;

elle se réveille alors dans un état d'agitation extrême, éprouvant des palpitations et une grande difficulté à respirer.

On continue la tisane pectorale ; on ajoute dans le julep une demi-once de sirop diacode.

Les jours suivans, la malade est à-peu-près dans la même situation.

Le 11 juillet, sur les dix heures et demie ou onze heures, elle éprouve de la toux, une gêne considérable de la respiration ; son corps est incliné en avant, reposant sur ses deux mains ; les battemens du cœur sont vifs, forts et irréguliers ; l'oreille appuyée vers la région du cœur perçoit un bruit de soufflet, une espèce de susurrus difficile à dépeindre ; la malade éprouve par momens, dans cette région, des douleurs qui paraissent et disparaissent avec la rapidité de l'éclair ; ses extrémités sont froides, pâles ; le pouls radial est un peu plus fort que le pouls crural ; les yeux sont animés et la face toute grippée. Je lui fis appliquer des cataplasmes sinapisés aux cuisses, lui fis une saignée du bras assez abondante : peu-à-peu les accidens diminuèrent, et elle s'endormit jusqu'au lendemain matin. A la visite elle se trouvait assez bien : on ajouta à la prescription deux grains d'extrait de digitale à prendre en deux fois. L'accès que je viens de décrire se renouvela plusieurs fois en peu de jours, l'hydropisie fit de rapides progrès, et la mort eut lieu le 28 à quatre heures du matin.

Autopsie. — Epanchement de sérosité dans l'abdomen et dans la poitrine.

Organes pectoraux et abdominaux sains.

Le cœur, à notre grand étonnement, ne nous a offert aucune des lésions anatomico-pathologiques désignées sous le nom commun d'anévrysme du cœur : ses ventricules avaient conservé leur volume et leur épaisseur naturels ; seulement leur consistance paraissait un peu plus grande qu'elle l'est habituellement chez un sujet de cet âge ; les

fibres charnues étaient rouges et assez fermes, sans être cependant hypertrophiées.

La valvule tricuspide présentait plusieurs petites plaques d'ossification. Son tissu fibreux est un peu hypertrophié.

A l'orifice de l'artère pulmonaire, l'une des valvules sigmoïdes présente une concrétion osseuse large d'une ligne et demie; l'épaisseur des trois valvules semble être un peu augmentée.

L'artère pulmonaire, depuis son origine jusqu'à sa bifurcation; l'aorte, depuis la concavité de sa crosse jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire, sont presqu'entièrement ossifiées; leurs parois ne présentent que çà et là des points qui ne soient pas occupés par cette altération. Les parties non ossifiées sont épaisses et beaucoup plus fragiles qu'à l'état normal.

Toutes les plaques osseuses sont situées entre les tuniques interne et moyenne; sur quelques-unes la tunique interne est détruite, usée; en d'autres endroits elle semble être ulcérée : ces plaques sont à nu et en contact avec le sang. Parmi ces ossifications, les unes sont comme granulées et font saillie dans la lumière des vaisseaux; en plusieurs endroits la tunique moyenne est simplement cartilagineuse.

Les artères aorte et pulmonaire, qui à l'état sain sont vides, étaient remplies d'un sang noir et coagulé; dans l'aorte le caillot commençait vers la fin de la crosse jusqu'à la bifurcation de l'artère, où il se terminait en pointe.

Cette observation nous offre un exemple bien remarquable de la difficulté du diagnostic. La maladie a offert tous les signes de l'anévrysme du cœur, et cet organe était parfaitement sain. Tous les symptômes d'anévrysmes ont été causés, 1.° par la nécessité dans laquelle s'est trouvé le cœur d'augmenter la force et la fréquence de ses pulsations pour remplacer la perte de la contractilité des parois artérielles; 2.° par la présence d'une plus grande quantité de

sang dans les cavités cardiaques ainsi que dans les organes environnans.

2.° *Maladies du poumon dont l'existence est dévoilée par le trouble des fonctions du cœur.* — Certain état tuberculeux du poumon peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux de l'anévrysme du cœur par hypertrophie ; c'est quand les tubercules miliaires sont assez nombreux pour occuper une grande partie du parenchyme pulmonaire, sans toutefois l'être assez pour comprimer, absorber ce parenchyme, se toucher et former une masse plus ou moins volumineuse; quand ils sont disséminés de manière à laisser entre eux une portion de poumon perméable à l'air. La poitrine conserve alors sa sonoréité ; l'expansion pulmonaire s'entend à-peu-près partout; il n'y a ni respiration caverneuse, ni expectoration de débris de tubercules, ni matité, rien enfin qui annonce la présence de ces produits pathologiques.

J'ai vu en 1829, à l'hôpital St.-Louis, salle Ste.-Marthe, n°. 29, une malade qui était traitée depuis deux ans, pour un anévrysme du cœur par hypertrophie; il y avait sept mois qu'on la traitait à l'hôpital pour cette affection, quand la mort vint l'arracher aux souffrances continuelles qu'elle endurait.

A l'autopsie, nous trouvâmes le cœur sain et le parenchyme pulmonaire, des deux côtés, farci de petites granulations tuberculeuses, la plus volumineuse ne surpassait pas la grosseur d'un pois. Dans le cas dont il s'agit, c'est en mettant obstacle au libre passage du sang à travers le parenchyme du poumon que cette affection produit des symptômes qui, pour la plupart, se passent dans l'organe chargé d'imprimer au sang l'impulsion nécessaire pour lui faire parcourir le système circulatoire du poumon : donc plus il rencontrera d'obstacles, plus le cœur sera obligé de renouveler d'efforts, et plus l'on sera porté à le considérer comme malade.

Des tubercules ordinaires ou des tumeurs de toute autre nature, enveloppés d'un parenchyme pulmonaire sain, pourront être entièrement méconnus, et donner lieu simplement aux signes d'une affection du cœur.

3°. *Etats de l'économie qui augmentent la quantité du sang, et le concentrent vers la poitrine.* — Chez les femmes sanguines, qui ont depuis long-temps une suppression de règles, chez celles qui ont une aménorrhée habituelle, qui sont ordinairement d'un tempérament nerveux, et sont susceptibles d'excitations et d'émotions vives, le sang se porte en surabondance sur les organes les plus vasculaires et les plus rapprochés du centre de la circulation; de là, viennent la force, la fréquence, et souvent même l'irrégularité du pouls, les palpitations, un sentiment de plénitude dans la région du cœur, la gène, l'accélération, et quelquefois l'irrégularité de la respiration, les bouffées de chaleur et de sueur que les malades éprouvent vers la tête et la poitrine. Ce qui prouve que, dans l'aménorrhée et la suppression des règles, le sang se porte vers le centre de la circulation, ce sont les nombreuses affections que l'on voit dans ce cas assiéger le cœur et les organes pectoraux. Interrogez les femmes qui ont des anévrysmes du cœur, ou quelque affection chronique de la poitrine, et vous verrez que la plupart, pour ne pas dire toutes, n'avaient jamais été bien réglées, ou avaient accidentellement perdu leurs règles long-temps avant la manifestation de leur maladie? Qui ne sait que, de toutes les hémorrhagies, celle qui est le plus souvent supplémentaire des règles, c'est l'hémoptysie?

Dans un cas de suppression ou d'absence de la menstruation, les malades éprouvent des accidens qui peuvent être pris pour des symptômes d'affections du cœur, si surtout les malades sont d'un âge avancé; nous avons rencontré plusieurs fois des cas semblables : nous nous contenterons de donner l'extrait d'une observation prise à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. — Maugay Octavie, âgée de 17 ans, domestique, eut ses règles supprimées dès la première fois qu'elles apparurent.

Symptômes. — Peau habituellement chaude et colorée par plaques, surtout aux extrémités; quelquefois cette coloration est rosée, d'autres fois elle tire sur le violet; face animée, yeux brillans, assez souvent battemens dans les oreilles et douleurs dans la tête; les extrémités, principalement les inférieures, sont comme bouffies, leurs formes presque également arrondies; pouls fort et plein, battemens du cœur larges, forts et fréquens, ils repoussent la main de l'observateur, et s'entendent dans une grande étendue : le bruit des contractions des ventricules est plus fort qu'à l'état normal.

La malade est d'une grande susceptibilité morale; tous les quinze ou vingt jours, elle éprouve des palpitations, les battemens du cœur sont irréguliers, tumulteux, plus étendus et plus forts qu'à l'état habituel; on entend même de temps à autre un bruit de soufflet; les battemens du pouls offrent les mêmes caractères que ceux du cœur; la respiration est courte, fréquente, difficile; la malade se plaint d'étouffer et d'éprouver un sentiment de chaleur dans la poitrine : cette chaleur intérieure est accompagnée de toux et quelquefois de l'expectoration de crachats sanguinolens.

L'époque menstruelle, un exercice un peu fort, ou la moindre contrariété, suffisent pour rappeler tous les accidens que je viens de mentionner.

Pendant son séjour à l'hôpital, on parvint à rétablir les règles de cette fille, et elle sortit parfaitement guérie.

Quand des maladies chroniques, comme les anciens ulcères, la goutte, le rhumatisme, le psoriasis, (dartre squammeuse d'Alibert), l'eczéma chronique (dartre squammeuse humide, Alibert), etc., viennent à se supprimer tout-à-coup, ou bien quand après avoir duré des années, ces affections viennent à être guéries rapidement, ou à être améliorées au point de ne presque plus exister, on voit souvent

se manifester presque tous les symptômes d'une affection du cœur, accident que l'on fait disparaître en saignant les malades, en rappelant la maladie primitive, ou bien en établissant un exutoire. J'ai vu plusieurs fois des malades atteints d'eczéma chronique éprouver les accidens que je viens d'indiquer chaque fois que leur maladie était au moment de disparaître.

4° *Maladies du centre nerveux de la vie de relation, portant leur action sur les fonctions du cœur et sur celles qui en dérivent.* — Ce n'est plus aujourd'hui un point de doute, pour nos physiologistes et pathologistes modernes, que l'action de la moelle sur les mouvemens du cœur; mais ce qui peut être douteux, pour quelques-uns, intéressant et même instructif pour d'autres, c'est d'apprendre que la partie supérieure de la moelle malade, peut dans certains cas ne nous manifester sa souffrance qu'en altérant les fonctions du cœur et celles qui sont médiatement sous sa dépendance; c'est cependant ce que va nous prouver l'observation suivante.

Observation. — *Ramollissement de la moelle épinière simulant un anévrysme du cœur.* — La nommée Adélaide Frémond, âgée de 29 ans, couturière, née et demeurant à Paris, d'un tempérament nerveux, fut réglée à 19 ans; la menstruation eut beaucoup de peine à s'établir. Les premières apparitions menstruelles furent peu abondantes. A 21 ans, elle eut un enfant qui devint pour elle la source d'une foule de chagrins; elle éprouvait de temps en temps des palpitations et de fortes douleurs de tête qui lui causaient quelquefois des mouvemens spasmodiques généraux. Lorsqu'elle marchait vite, portait un fardeau, ou montait un escalier, elle éprouvait des tremblemens dans les membres, de la lassitude, des mouvemens tumultueux dans la poitrine, mais surtout une graude difficulté à respirer. Les facultés intellectuelles n'étaint nullement altérées. C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital St.-Louis, salle Sainte-Marthe, n.° 47, le 29 juillet 1831.

Son entrée à l'hôpital renouvela ses chagrins; aussi le lendemain matin 30, elle se plaignit d'un malaise général, de plus elle éprouvait une douleur assez vive dans la région cardiaque; la respiration était haute; génée, les battemens du cœur forts, tumultueux et irréguliers, s'entendoient et se sentaient dans une grande étendue : à droite, jusqu'au delà des cartilages costaux, en haut, jusqu'à l'union de la seconde avec la première pièce du sternum, en bas, jusque dans la région épigastrique. Ces battemens étaient quelquefois si forts qu'ils soulevaient le sternum et la main, même fortement appliquée. L'état du pouls était en rapport avec celui du cœur, il était habituellement fort, mais surtout fort et irrégulier pendant les palpitations.

L'auscultation, la percussion de la poitrine ne présentent rien de remarquable. (Tisane de mauve et de violette; extrait de digitale, deux grains.)

Le 31, les symptômes sont un peu calmés du côté du cœur; la céphalalgie persiste, la face est injectée, les yeux étincelans. On ajoute à la prescription des bains de pieds sinapisés.

Le 1.er août, au matin, les battemens du cœur sont très-forts; la malade éprouve de la difficulté à respirer; le ventre est tuméfié, la face est comme bouffie. Sur les cinq heures, les douleurs de tête augmentent considérablement, puis presque tout-à-coup survient une perte incomplète du sentiment et du mouvement, mais surtout de ce dernier; elle a une orthopnée extrême; elle crie qu'elle étouffe, qu'on lui donne de l'air; les battemens du cœur sont forts, très-irréguliers et fréquens; le pouls présente les mêmes modifications; le ventre est tendu. La respiration continue à s'embarrasser, et la mort a lieu le 2 à six heures du matin.

Autopsie. — Jugeant que le point de départ des symptômes qu'a offerts cette jeune femme était dans le cœur, nous commençâmes par ouvrir la poitrine. Nous ne fûmes

pas peu surpris d'y trouver tous les organes sains; le cœur avait conservé sa couleur, sa densité et son volume naturels; cependant il semblait offrir un peu plus de volume qu'à l'état ordinaire.

Abdomen. — Rien.

Cerveau. — Signes de congestion cérébrale; caillots fibrineux dans les sinus de la dure-mère; sang noir dans les veines qui rampent à la surface du cerveau; les vaisseaux de sa substance sont eux-mêmes injectés; les tranches de la substance médullaire sont piquetées de points rouges. Nous cherchâmes alors dans la moelle épinière. Les veines du canal rachidien étaient remplies de sang; l'arachnoïde rachidienne, vers la partie inférieure de la région cervicale et la moitié supérieure de la région dorsale, était rouge, injectée et légèrement opaque. La moelle elle-même au niveau de la dernière vertèbre cervicale et de la première dorsale, était entièrement ramollie. Sa substance médullaire était mêlée à du sang liquide et trouble; il existait même de ce sang épais et comme purulent dans les sillons longitudinaux antérieur et postérieur de la moelle. La sérosité du canal rachidien était rougeâtre.

Réflexions. — Cette observation est encore un de ces faits qui prouvent combien la science du diagnostic est difficile: n'est-il pas surprenant de voir un ramollissement de la moelle produire presque tous les symptômes d'un anévrysme du cœur? N'est-ce pas encore une chose digne de remarque que les antécédents recueillis avec soin aient plutôt milité en faveur d'un anévrysme du cœur qu'en faveur de toute autre maladie?

Enfin le genre de mort de la malade pouvait encore faire croire à une affection du cœur; elle est morte en présentant des phénomènes apoplectiques. Ne savons-nous pas que l'apoplexie termine souvent la vie des individus atteints d'anévrysmes du cœur?

Ce fait non-seulement peut rendre le médecin prudent,

et l'éclairer dans le diagnostic de plusieurs affections des centres nerveux et circulatoire, mais encore servir à la physiologie, beaucoup plus utilement que toutes les expériences qui ont été faites pour prouver l'influence qu'a la moelle épinière sur les mouvemens du cœur. En effet, ici l'expérience se produisit spontanément, sans émotion morale, crainte ou colère auxquelles sont livrés les animaux sur lesquels on expérimente, et sans les vives douleurs que nécessitent les expériences faites sur la moelle, avant même de l'avoir mise à découvert : est-il, je le demande, des causes plus aptes à changer la régularité des mouvemens du cœur que la douleur, la crainte ou la colère? Dès-lors que conclure de positif sur de semblables recherches? L'observation journalière de l'homme sain ou de l'homme malade pouvait nous en apprendre autant que toutes les nombreuses recherches des Legallois, des Béclard, des Clife (*Philos. trans.*, 1815); des Wilson Philip. (Londres, 1818); Tréviranus, etc.

La plupart de ces expériences ont été tentées pour combattre ou confirmer l'opinion émise par Haller, dans sa grande Physiologie, que « les mouvemens du cœur tiennent à l'irritabilité, et qu'ils sont indépendans du système nerveux. » On pouvait parfaitement bien combattre Haller par la simple observation des fonctions du système nerveux et du cœur, mais encore par Haller lui même, car tant la vérité a de force qu'elle finit toujours par soulever un des coins du voile qui la recouvre, et par se laisser entrevoir même dans les ouvrages de ceux qui la cachent sans intention; en effet, Haller reconnaît l'influence de la moelle épinière sur les mouvemens du cœur, dans les deux phrases suivantes. Il dit, en parlant des lésions de la partie supérieure de la moelle : *Hæc omnia ostendunt evidenter, præcipuos cordis nervos ab ea sede medullæ spinalis nasci, nam cæterum vitia hujus partis corporis irritati mentis officia non turbant.* (*Elém. de physiol.*, t. IV, p. 347).

Même volume, page 356, il dit que les fœtus qui sont venus au monde sans cerveau et qui sont morts au bout de quelque temps, avaient cependant la plupart assez de moelle pour que le mouvement du cœur existât. *Plerisque medullæ spinalis etiam fuit tantum, quantum sufficere paterat ut cordis motus superesset.*

Il reconnaît donc, malgré sa théorie sur l'irritabilité, l'influence de la moelle sur les mouvemens du cœur.

On trouve une observation à-peu-près analogue à celle-ci dans l'ouvrage de M. Olivier, sur les maladies de la moelle épinière. M. Serres, *Journal de physiol.*, tome V, juillet 1825, en a rapporté une autre : le malade avait d'abord été traité pour une dilatation avec hypertrophie des cavités gauches. A l'autopsie, le cœur fut trouvé sain, la moelle ramollie.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Des lésions traumatiques des tendons, et de leur traitement ; par le docteur Rognetta.

Les tendons peuvent être *dénudés*, *contus*, *piqués* et *divisés*, soit en totalité, soit en partie. La division d'un tendon peut être l'effet d'une contraction violente du muscle ou des muscles auxquels il appartient, ou bien le résultat de l'action d'un instrument vulnérant. Dans le premier cas, la division du tendon peut exister sans lésion des tégumens (*rupture du tendon*) ; dans le second, les parties molles sont plus ou moins largement coupées.

La dénudation d'un tendon peut arriver par suite d'un érysipèle phlegmoneux, d'un phlegmon gangréneux, etc., ou bien par l'effet d'une blessure. Dans le premier cas, il y a mortification du tissu cellulaire qui environne les tendons, et exfoliation consécutive de ceux-ci ; nous n'en traiterons pas ici. Dans le second, il se passe ce que

nous allons exposer. Une blessure par instrument tranchant et contondant à la fois produit quelquefois la dénudation d'un ou de plusieurs tendons. Dans cette espèce de dénudation, il arrive de deux choses l'une : ou le tendon *s'exfolie*, ou bien il *se couvre de bourgeons charnus*. Tous les efforts du chirurgien doivent donc tendre à prévenir cette *exfoliation*. Pour bien saisir l'indication que je viens d'énoncer, il faut avoir des idées bien arrêtées sur la structure et les usages des différens tendons dont nos muscles sont pourvus. Ainsi, il faut se rappeler que, de nos tendons, les uns, longs, grêles et secs, tels que les extenseurs et les fléchisseurs des doigts et des orteils, sont placés dans une coulisse particulière, une gaîne séreuse, dans laquelle ils glissent en agissant ; les autres, volumineux, plus ou moins courts, tels que le tendon d'achille, celui du crural antérieur, etc., manquent à la rigueur d'une coulisse séreuse comme les précédens. Les premiers ne reçoivent leur nourriture que par le peu de vaisseaux que le corps de leurs muscles leur envoye, et par quelques autres de leur gaîne ; tandis que les seconds, étant environnés, matelassés, et pénétrés même de tissu vasculo-cellulaire graisseux, sont arrosés par un grand nombre d'artères qui les parcourent en tous sens. Cela fait que les tendons à coulisse, une fois dénudés de leur gaîne, s'exfolient ordinairement, tandis que les gros tendons dénudés se couvrent aisément de bourgeons charnus sans s'exfolier. Dans l'une ou l'autre espèce de tendons, lorsque la dénudation a lieu, le chirurgien n'a autre chose à faire qu'à rapprocher les parties molles, afin de garantir les tendons de l'action de l'air et d'entretenir par là leur vie autant que possible. Il faut cependant savoir aussi que, dans les tendons à coulisse, si c'est leur gaîne seulement qui est à découvert, elle se couvre ordinairement de bourgeons charnus, et le tendon continue à vivre. Dans le panaris, par exemple, c'est lorsque la suppuration a détruit la

gaîne du tendon que celui-ci s'exfolie consécutivement. Aussi est-ce avec une admirable sagesse que la nature a pourvu ces coulisses d'une résistance énorme, afin de pouvoir réagir contre les violences extérieures (1).

La *piqûre* des tendons est un accident assez rare. On en rencontre cependant quelques exemples à la main et au pied de préférence. La piqûre des tendons était plus fréquente chez les anciens que de nos jours ; car l'usage qu'on avait autrefois de coudre la plupart des plaies, exposait souvent les tendons à être blessés par l'aiguille. Les suites d'une piqûre de tendon peuvent quelquefois être fâcheuses si elle excite une inflammation très-vive. Dans les tendons à coulisse, la piqûre peut être suivie de suppuration dans la gaîne et de mortification du tendon. Quelques panaris ne connaissent d'autre cause provocatrice qu'une piqûre. Suivant J. L. Petit, la piqûre de ces sortes de tendons serait suivie d'épanchement de la synovie de leurs gaînes, dans le tissu cellulaire environnant. On a prétendu que la piqûre d'un tendon était, ainsi que celle d'une aponévrose, suivie de phlegmon grave, de gangrène, de convulsions, et même de la mort des malades. On a aujourd'hui réduit à sa juste valeur cette dernière opinion. Les accidens que nous venons de mentionner, et qui peuvent réellement arriver quelquefois, sont attribés à la lésion de quelque filet nerveux, ou bien à une prédisposition cachée de l'individu, et non pas à la piqûre du tendon ou de l'aponévrose dont la sensibilité est très-obtuse. Le traitement est ici tout-à-fait prophylactique si l'on est appelé au moment même de l'accident. Dans le cas contraire, on combattra les accidens par les mêmes remèdes qu'on employe contre le panaris.

La *contusion* des tendons est un accident très-fréquent.

(1) Pouteau s'est assuré par des expériences directes qu'il était plus facile de rompre un tendon que la coulisse qui le renferme. (*OEuvres posthumes de Pouteau*, tome II, page 303.)

Elle peut arriver, soit par l'action d'un corps orbe qui frappe une région pourvue de tendons, comme à la main, au pied, aux côtés du genou, etc., soit par suite d'une entorse, fracture, ou luxation. Genga, de Rome, fit le premier remarquer que la contusion des tendons est suivie de douleurs plus fortes quelque temps après l'accident qu'au moment même de l'accident (1). Le gonflement est inévitable à la suite de la contusion des tendons si elle a été un peu forte. Si le tendon contus est de l'espèce de ceux que nous avons appelés à coulisse, la gaîne qui le renferme s'enflamme plus ou moins, suivant le degré de contusion ; il se fait un grand épanchement de synovie dans l'intérieur de la coulisse, qui, suivant J. L. Petit, est la cause principale de la douleur que les malades éprouvent, et du gonflement qui survient consécutivement (2). Si l'inflammation de la gaîne passe à la suppuration ulcérative, il s'en suit la dénudation et l'exfoliation du tendon ; quelquefois même les os que ces tendons couvrent sont eux-mêmes frappés de mortification.

La simple *distension* violente, le déplacement *permanent* d'un tendon, equivaut quelquefois à une contusion pour la douleur et pour le gonflement qui suivent ce tiraillement. Monteggia rapporte avoir vu une Dame d'un certain âge, laquelle, dans un mouvement brusque du bras qu'elle fit, eut le tendon du biceps brachial déplacé de sa coulisse : le tiraillement de ce tendon produisit des souffrances atroces. La nature du mal a été facilement reconnue par le simple attouchement à l'endroit de la douleur et par la déformation du membre. Le tendon luxé fut remis en place par quelques mouvemens que le chirurgien fit exécuter au bras (3). Un jeune homme, *en dansant*,

(1) Genga, *Anatomia chirurgica*.
(2) J. L. Petit, *Malad. des os*, tome II.
(3) Monteggia, *Instituz. chirurg.*, t. V, p. 180.

éprouva une très-vive douleur à la partie inférieure-postérieure de la jambe, et il ne put pas se tenir debout. Monteggia, ayant été appelé, reconnut que les tendons des muscles péroniers qui glissent dans la coulisse postérieure de la malléole externe avaient quitté leur place naturelle. La réduction en fut faite à l'aide de quelques mouvemens variés imprimés au pied et à la jambe (1). — Un homme éprouva le même accident au tendon de l'extenseur du doigt indicateur de la main droite, en s'amusant à chasser des *mouches* sur une table, par ce mouvement d'élan du doigt indicateur, qu'on appelle *chiquenaude*. Le tendon avait échappé de la partie moyenne du doigt pour se porter du côté cubital. Douleurs vives ; réduction facile du tendon, en étendant le doigt (2).

Le traitement de la contusion des tendons consiste d'abord à prévenir l'inflammation par les répercussifs et le repos de la partie ; puis à la combattre par le repos et les moyens antiphlogistiques connus, si elle est survenue. Nous avons vu la compression exercée avec une bande sur la partie contuse, être un excellent moyen pour prévenir toute réaction vive dans un tendon contus. Ainsi, au poignet, au pied, au genou, etc., si une contusion des tendons et des autres parties molles arrive, on mettra un petit appareil, comme s'il y avait fracture. Cette pratique réussit constamment entre les mains de M. Dupuytren.

Dans les gros tendons sans gaîne à coulisse, la contusion a ordinairement des suites beaucoup moins graves ; mais l'inflammation qui la suit est souvent très-douloureuse, gêne les fonctions des muscles auxquels ils correspondent, et dure assez longtemps : elle peut aussi quelquefois être suivie de suppuration et de gangrène, ainsi qu'on en a des exemples. Le traitement est ici le même que pour le cas précédent.

(1) *Ibid.* (2) *Ibid.*

La division des tendons peut, ainsi que nous avons déjà dit, exister sous deux formes différentes : dans l'une, il y a rupture de la totalité ou d'une partie des fibres du tendon sans lésion des tégumens qui les couvrent ; dans l'autre, la division existe avec solution de continuité des autres parties molles. Fesons observer d'abord que la division partielle de la substance d'un tendon est quelquefois plus fâcheuse et plus difficile à guérir que la division complète ; car on peut assez facilement rapprocher les deux bouts d'un tendon divisé en totalité ; mais il n'en est pas de même quand cette séparation n'est que d'une partie des fibres du tendon.

La *rupture des tendons* a principalement été observée dans ceux qui appartiennent aux muscles les plus puissans du corps, tels que le tendon d'achille, l'extenseur de la jambe, le plantaire grêle, etc. J'ai vu une fois la rupture du tendon du muscle *demi-tendineux* de la cuisse. Galien parle de la rupture du muscle demi-membraneux sur un coureur (1). J'ai observé aussi la rupture du ligament *rotulien* par suite d'une chute sur le genou. Ce n'est que dans une contraction violente des muscles que la *rupture* spontanée d'un tendon peut avoir lieu. Cela n'a rien qui doit étonner, car ne sait-on pas que la contraction musculaire seule suffit quelquefois pour casser un os très-résistant ? La rotule, l'olécrâne, le calcanéum, l'humérus et même le fémur, ont été vus se fracturer par le seul effet de la contraction des muscles (2). On a quelquefois vu la rupture d'un ou de plusieurs tendons par suite d'une luxation, ou des efforts faits pour la réduire.

(1) Galien, *Administr. anat.*, lib. 2, chap. 4.

(2) Monteggia a vu un homme de cinquante ans se fracturer une côte dans une forte quinte de toux. — Un domestique se cassa le bras dans l'acte de tirer les bottes à son maître. — Une dame eut aussi le bras cassé par action musculaire, en donnant, dans un moment de colère, un *soufflet* à sa femme de chambre, qui était derrière elle et qui la coiffait. (Monteggia, *Instituz. chirurg.*, t. IV, p. 10.)

La *division des tendons* par instrument tranchant s'observe assez fréquemment, surtout à la main et au pied, où les tendons sont, pour ainsi dire, *par paquets*. On l'observe beaucoup plus rarement dans les autres régions du corps. J'ai vu cependant une fois le tendon d'Achille coupé par un coup de sabre.

Qu'un tendon ait été facilement *rompu* par action musculaire, ou bien qu'il ait été divisé par l'action d'un instrument vulnérant, le traitement est toujours le même. Deux indications principales se présentent dans le traitement de ces lésions : 1.° mettre les parties divisées dans un rapprochement parfait ; 2.° les y maintenir. On remplit cette double indication à l'aide de la *position* et de bandages convenables. La *position* à donner aux membres dont le tendon est divisé, doit être celle que le muscle du tendon blessé donnerait au membre en se contractant. Ainsi, si le muscle est fléchisseur, on placera la partie dans la flexion ; s'il est extenseur, dans l'extension ; s'il est adducteur, dans l'adduction, etc. C'est par cette position, en effet, que les deux bouts du tendon divisé peuvent se rapprocher et se mettre en contact. Je suppose, par exemple, qu'un coup de sabre ou de couteau divise les tendons qui passent sur la face dorsale ou palmaire de la main ; comme les tendons lésés dans le premier cas sont les extenseurs, l'on placera la main dans une forte extension, ainsi qu'on le verra dans une des observations qui suivent. Pour les tendons de la paume de la main, cette partie sera posée dans une forte flexion sur l'avant-bras. On en fera autant pour le tendon d'achille, pour celui du crural antérieur, etc. ; c'est-à-dire, dans le premier cas, on mettra le pied dans une forte extension sur la jambe, et la jambe dans la flexion sur la cuisse ; tandis que dans le second la jambe sera étendue sur la cuisse, et celle-ci fléchie sur le bassin.

Le bandage, dans ces cas, doit être unissant et solide ; c'est ce qu'on obtient à l'aide de bandelettes agglutinatives

s'il y a plaie, de bandes artistement posées, d'attelles, etc. Appliquons ces principes à la pratique.

I.er *Fait.* — Dans le mois de décembre dernier, une domestique, âgée de 20 ans, se coupa les tendons des extenseurs des doigts, en tombant avec une cruche. Elle présentait une plaie de deux pouces et demi sur le dos de la main droite. Impossibilité de mouvoir les trois doigts du milieu. Avec un stylet boutonné, on put faire sortir de la plaie les bouts des tendons divisés. M. Breschet, aux soins duquel la malade était confiée, salle St.-Côme, plaça la main dans une forte extension à l'aide d'une palette de bois et de plusieurs bandes et compresses qui relevèrent fortement les doigts en arrière. Bandelettes agglutinatives sur les bords de la plaie; compresses graduées, etc. La plaie guérit en quinze jours, par première intention. Les doigts ont complètement recouvré leurs usages.

II.e *fait.* — Dans le mois de juin 1830, un homme, âgé de 36 ans, fort de constitution, se présenta à la consultation de Boyer, à l'hôpital de la Charité, pour l'impossibilité qu'il éprouvait d'étendre la jambe du côté droit. Ce malade raconta ainsi l'histoire de son mal. Depuis trois mois il avait éprouvé un *craquement douloureux et subit* à la partie latérale interne du genou, pendant une forte extension de la jambe. Depuis cette époque, impossibilité d'alonger la jambe sans douleur vive dans la partie mentionnée. Il marchait avec des béquilles, le genou plié et élevé en avant et en haut. Le *toucher*, dans la partie douloureuse du genou, n'apprenait rien. Boyer caractérisa le mal pour une rupture, *non réunie*, du tendon du muscle demi-tendineux. (*Prescription:* tenir le genou et la partie inférieure de la cuisse constamment bandés, afin de donner aux muscles un point d'appui; garder pendant quelque temps le repos au lit; puis essayer de marcher en étendant graduellement le membre.

III.e *Fait.* — Un individu eut le tendon d'Achille coupé

par un coup de sabre. M. Dupuytren appliqua un paillasson très-épais à la partie antérieure de la jambe et du pied qu'il soutint avec une attelle par dessus, et une bande. La jambe avait été bandée en doloire d'abord. Le membre fut couché sur le côté externe et dans la demi-flexion. Le pied se trouvait ainsi en extension permanente, et les bouts du tendon d'achille étaient en contact. Tout l'appareil avait la figure d'une *botte à postillon.* — *Guérison parfaite.*

Je pourrais rapporter ici un grand nombre de faits de ce genre que j'ai observés moi-même; mais leur exposition n'ajouterait rien aux préceptes que je viens de poser et d'appliquer dans le traitement des lésions traumatiques des tendons. Je me contenterai donc de clore ce mémoire, en faisant observer, 1.° que la pratique des anciens chirurgiens, et même de quelques modernes, qui veulent qu'on affronte les tendons divisés par des *points de suture*, est à-la-fois *inutile et dangereuse;* 2.° que dans un cas de rétraction d'un orteil, Boyer divisa le tendon retiré afin d'étendre l'orteil : celui-ci fut étendu en effet; mais quelques jours après le tendon divisé s'était réuni, l'orteil revint dans le même état. Boyer pratiqua de nouveau l'opération, *excisa une portion* du bout supérieur du tendon, et l'orteil resta dans l'extension naturelle. Ce fait, et une multitude d'autres analogues, prouve donc que les tendons divisés peuvent *se réunir* comme toute autre partie molle du corps, si leurs bouts sont en contact parfait ou presque parfait. 3.° La réunion se fait, proportion gardée, *plus tôt* dans les gros tendons que dans les petits (1).

(1) On voit bien, d'après ce qui précède, que je n'ai eu d'autre but dans cette note que de traiter seulement *d'une manière générale* des lésions traumatiques des tendons. Ce qui regarde les *ruptures* du tendon d'achille formera l'objet d'un second mémoire.

Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfans; par M. Rufz, *interne à l'hôpital des Enfans.*

« Après avoir parcouru tant d'ouvrages publiés sur la chorée ou danse de Saint-Guy, il résulte de cette recherche un sentiment pénible; c'est la conviction intime que les travaux des savans médecins qui s'en sont occupés n'ont pas eu un résultat uniforme sur la nature de cette maladie, sur les caractères de ses symptômes pathognomoniques, de telle manière qu'on peut regarder la collection de faits concernant cette maladie, épars dans une foule d'observations, comme un amas confus et embarrassant de matériaux bruts dont l'artiste ne peut faire l'emploi auquel il les destine. » (Bouteille, *Traité de la chorée.* 1810.)

Ce jugement, porté par Bouteille en 1810, je puis le répéter en cette année 1834, et je puis comprendre parmi les auteurs dont parle Bouteille, Bouteille lui-même et le livre dans lequel il a inscrit son reproche, bien que ce livre soit un des plus raisonnables qui aient été écrits sur la chorée.

Et moi qui ose critiquer mes prédécesseurs, dans quelques années, dans quelques mois, peut-être, je ne serai point traité avec plus de retenue! ainsi va la science! Heureux qui peut assurer à sa parole plus de quelques heures de crédit!

La chorée est une affection qui consiste en des mouvemens irréguliers et involontaires plus ou moins prononcés des différentes parties du corps, principalement des membres. Cette affection se révèle par des symptômes si caractéristiques qu'il n'est besoin d'aucune recherche pour la reconnaître. Il n'est en outre que très-peu de maladies qui puissent être confondues avec elle. De cette impossibilité de commettre une méprise dans le diagnostic de la chorée, il en est ré-

sulté l'avantage que nous avons pu consulter les registres de l'hôpital des Enfans, avec quelque confiance, pour établir sur une échelle assez étendue la fréquence de la chorée par rapport à l'âge et par rapport au sexe chez les enfans.

Des causes de la chorée. — Sur 32,976 malades admis à l'hôpital des Enfans, pendant les dix années 1824 à 1833 (1), 189 étaient affectés de chorées.

Cette affection n'est donc ni rare ni commune dans l'enfance.

51 étaient des petits garçons ;
138 des petites filles.

Cette disproportion entre les sexes est si frappante, qu'elle a été signalée sans appréciation numérique par tous ceux qui ont écrit sur la chorée (2).

Relativement à l'âge, nous avons établi le tableau suivant :

De 1 à 4 ans.	— 3 garçons.	— 2 filles.
4 à 6	— 2	— 3
6 à 10	— 16	— 45
10 à 15	— 30	— 88

Ainsi l'âge de 6 à 15 ans est, sans contredit, chez les filles comme chez les garçons, l'âge auquel les enfans sont le plus fréquemment atteints de la chorée. Suivant Sydenham et Bouteille, c'est l'âge de 10 à 14.

Il paraîtrait que dans les premières années de la vie la chorée n'existe pas. Billard n'en cite aucun fait dans son *Traité des maladies des enfans.* Baumes, Underwood

(1) Ces 32,976 malades étaient ainsi répartis :
17,213 garçons ;
15,763 filles.
Ainsi, on trouve un cas de chorée sur 377 malades.
Pour les filles. . . . . . . 1 sur 114.
Pour les garçons. . . . . . 1 sur 174.

(2) Je crois cependant que la plupart des praticiens n'avaient pas crus les garçons affectés de chorées, en proportion aussi considérable.

gardent le même silence. Cette maladie, suivant Bouteille, n'attaque pas la tendre enfance. Et dans les tableaux que nous avons donnés, à peine en compte-t-on quelques exemples avant l'âge de six ans.

La plus grande fréquence de la chorée vers l'approche de l'âge de la puberté avait fait généralement considérer cette affection comme le résultat d'une puberté difficile. Ainsi, dit Bouteille, « On doit considérer la chorée moins comme un état contre-nature que comme une puberté difficile à établir: de ce principe une fois établi, dérive comme conséquence nécessaire l'utilité de la saignée pour remédier à la pléthore sanguine. » Cullen, Bosquillon, Sydenham, Pinel, sont du même avis.

Il s'en faut cependant beaucoup que notre tableau des âges confirme cette assertion si décidée. Dans ce tableau la chorée est presque aussi fréquente de 6 à 10 ans, que de 10 à 15. Or, dans le climat de la France, la menstruation, cette aurore et cette compagne de la puberté, comme l'appelle Bordeu, se manifeste plus souvent après qu'avant quinze ans; et peut-on rapporter à une cause la manifestation d'un mal trois ou quatre ans avant l'existence de cette cause? Il est vrai qu'à l'hôpital des Enfans, le nombre des filles admises entre 10 et 13 ans est plus considérable qu'entre 13 et 16. Mais je ne me souviens pas que, dans les grands hôpitaux que j'ai fréquentés, le nombre des choréiques admis entre 15 et 16 fut assez grand pour laisser dans mon esprit quelque doute à cet égard. C'est d'ailleurs une vérification numérique qui peut être faite sur les registres.

Des constitutions. — De 18 enfans chez lesquels la constitution a été notée avec soin, nous trouvons que 15 sont plutôt maigres que gras, plutôt faibles que forts; trois jeunes filles de 13 à 16 ans étaient évidemment robustes; la plupart de ces enfans étaient blonds ou châtains, mais deux étaient très-bruns.

Parmi les autres causes de la chorée, la peur est une des plus fréquemment accusées. Sur 18 malades, onze fois la maladie était attribuée par les parens à la peur. Et dans certains cas il est bien difficile en vérité de ne pas croire à l'influence de cette cause. Une petite fille de 10 ans, parfaitement bien portante, est poursuivie à l'entrée de la nuit par un homme, au moment où elle sortait de l'école. Le lendemain matin, elle est prise de mouvemens choréiques.

Un jeune garçon de 11 ans entend le 27 juillet 1833, les coups de canon tirés de quart-d'heure en quart-d'heure en l'honneur des combattans morts pour la révolution. On lui fait accroire qu'on se bat dans Paris comme en juillet 1830, et que son frère, qui est absent, est allé pour se battre. L'enfant fut saisi d'une grande crainte qui se renouvelait à chaque coup de canon, et avant la fin du jour il était pris de mouvemens choréiques.

Mais en d'autres cas, l'influence de la peur nous a paru moins appréciable, comme, par exemple, lorsque cette peur avait été ressentie quinze jours ou trois semaines avant l'apparition des mouvemens choréiques. D'autres fois la cause était trop frivole pour qu'elle eût pu déterminer la chorée. Ainsi une jeune fille de 14 ans avait eu peur parce qu'elle avait marché sur un chat; une autre, parce qu'une de ses compagnes lui avait frappé sur l'épaule par surprise. Il est probable que dans des cas pareils, comme M. Guersent l'enseigne, ce n'est pas la peur qui cause la chorée, mais c'est la disposition à cette maladie qui rend les enfans très-faciles à s'effrayer.

Chez sept enfans la chorée s'était développée sans aucune peur.

Hérédité. — Sur nos 18 cas de chorée, aucunes fois ni les pères ni les mères des enfans n'avaient été atteints de chorée dans leur jeunesse, et deux fois seulement nous avons trouvé deux choréiques dans la même famille. C'étaient deux petites filles qui avaient chacune une sœur atteinte aussi

de chorée. Elles avaient d'autres sœurs qui n'offraient aucune marque de cette affection ; et ici, je le répète encore, le diagnostic de la chorée est si facile dans la grande majorité des cas; cette maladie, par sa singularité, frappe si bien l'attention des personnes les moins attentives, que son histoire est une de celles dans lesquelles on pourrait, avec des détails convenablement recueillis, poursuivre les recherches sur l'influence héréditaire des maladies.

De l'imitation. — On a dit que l'imitation pouvait déterminer la chorée, comme il arrive pour le bâillement et pour l'hystérie; outre qu'un pareil fait ne s'est jamais accompli sous mes yeux, je tiens de tous les médecins de l'hôpital des Enfans qu'ils n'en n'ont pas été non plus les témoins. Cependant l'hôpital des Enfans reçoit annuellement un assez grand nombre d'enfans choréiques; ceux-ci sont placés à côté des autres enfans atteints de différentes maladies ou bien convalescens; or, il est inoui que la chorée se soit développée à l'hôpital, par imitation (1).

Trois fois parmi les 18 cas, la chorée s'était déclarée à la suite d'une autre affection plus ou moins grave, au dire des parens. Cependant bien que nous ayons eu en observation un grand nombre d'enfans atteints de différentes maladies pendant un séjour de deux ans à l'hôpital des Enfans, jamais nous n'avons vu la chorée se développer à la suite de ces maladies.

Puberté. — Ce que nous avons dit, à l'article des âges, a dû ébranler un peu l'opinion généralement admise de l'influence de la puberté sur le développement de la chorée, il nous faudrait vérifier si vraiment l'apparition des règles contribue à faire disparaître les chorées opiniâtres qui

(1) Comment cependant expliquer autrement que par la chorée ces convulsions qui se propageaient d'une façon si rapide dans l'hôpital de Harlem, que Boërrhaave, pour les arrêter, fut obligé de menacer du cautère actuel les enfans qui en étaient agités!

ont résisté à tous les autres moyens : c'est malheureusement ce que nous sommes hors d'état de pouvoir constater, notre observation n'ayant eu lieu que sur des enfans âgés de moins de 15 ans.

Aucun des enfans, sur lesquels nous avons pu recueillir des renseignemens, n'avait reçu de coups ni fait aucune chute sur la tête.

Aucun ne rendit de vers (bien qu'il leur fût administré de la valériane et des purgatifs) : chez d'autres au contraire nous avons trouvé des ascarides lombricoïdes en une quantité prodigieuse, jusqu'à 100 ou 150, et ceux-là n'étaient pas choréiques.

Pour apprécier l'influence des travaux intellectuels sur le développement de la chorée, nous avons interrogé quelques-uns des instituteurs et quelques-unes des institutrices les plus célèbres de Paris, et quelques médecins de leurs institutions, notamment M. le docteur Alard, médecin de la maison royale de Saint-Denis, et M. Husson, médecin du collège royal de Louis-le-Grand. Il est résulté de ces renseignemens que la chorée est une affection très-rare dans les pensionnats de Paris. M. le docteur Alard, dans une pratique de 22 ans à la maison royale de Saint-Denis, n'a eu que cinq ou six fois occasion d'observer cette maladie. M. Husson ne l'a pas vue une seule fois.

Tous ces praticiens, si répandus, croient que peut-être la chorée est plus fréquente chez les enfans élevés dans leur famille : cette proposition ne repose d'ailleurs que sur leurs souvenirs.

Hippocrate, et tous les auteurs grecs, n'ont point parlé de la chorée : je n'en ai trouvé qu'une seule observation rapportée par un auteur italien, M. le docteur Strambio. Au contraire, une infinité d'auteurs anglais, Sydenham, Cullen, Baillie, Wight, Mead, Dotwers, Fothergill, etc.; beaucoup d'Allemands, Félix Plater, Dehaen, etc., beaucoup de Français, ont écrit sur cette maladie. Du silence que

gardent sur la chorée les médecins habitant les climats du midi de l'Europe, et de l'attention au contraire que ceux qui habitent le nord ont donnée à cette affection, j'ai été conduit à penser que cette affection pouvait être assez fréquente dans les climats chauds et rare dans les climats plus froids. Pour éclairer ce fait, j'ai consulté plusieurs médecins qui ont pratiqué dans les climats de la Zône-Torride. M. le docteur Dariste, aujourd'hui député de la Gironde, m'a répondu que, durant une pratique de trente ans à la Martinique, il n'avait vu aucun cas de chorée ni sur de petits nègres, ni sur de petits blancs. M. le docteur Garnot, qui a pratiqué dans la même colonie, et M. Rochoux qui a pratiqué à la Guadeloupe, sont aussi d'accord avec M. Dariste. M. Chervin, qui a parcouru toutes les Antilles à l'occasion de ses travaux sur la fièvre jaune, n'a jamais vu aucun cas de chorée.

Ce résultat, obtenu sur la fréquence de la chorée dans les climats chauds et dans les climats froids, serait-il en rapport avec les saisons dans un même climat, en France, par exemple ? Voilà ce que nous avons encore essayé d'établir. Or, les 189 cas de chorée, observés pendant dix ans, et repartis suivant les mois de l'entrée des sujets à l'hôpital des Enfans, fournissent le tableau suivant :

Janvier, c.-à-d. pendant 10 mois de janvier. .	13
Idem. — Février.	13
Mars.	15
Avril.	16
Mai.	17
Juin.	21
Juillet.	13
Août.	20
Septembre.	19
Octobre.	18
Novembre.	9
Décembre.	15

Les nombres sont ici très-variables. On ne pourrait arrêter aucune conclusion. Il semblerait pourtant, d'après ce tableau, que les mois les plus chauds ont été les plus favorables au développement de la chorée.

Je prévois qu'il pourrait m'être objecté que l'époque de l'entrée des malades à l'hôpital peut n'être pas l'époque du développement de la maladie : mais je ferai remarquer que cette cause d'erreur existant pour tous les mois et cela pendant dix ans, il y a compensation, et la proportion entre les mois n'en est aucunement changée.

Il paraîtrait, d'après le récit de quelques historiens, que la chorée a régné quelquefois épidémiquement. Ainsi les soldats de Germanicus, au dire de Pline, contractèrent sur les bords du Rhin la *scelotyrbé*. C'est ainsi que les anciens désignaient la chorée. Mézeray la fait régner épidémiquement dans la Hollande, en 1373 (*Vie de Charles V*). Cullen en cite aussi une épidémie.

Tout récemment M. le docteur Hecker, professeur à l'université de Berlin, auteur de recherches sur l'histoire des principales épidémies qui ont désolé le monde, a rappelé plusieurs exemples d'épidémies de chorée.

Mais rapporter, ainsi qu'il le fait, à la chorée les danses régulières des corybantes et des prêtres saliens, les danses de la Saint-Jean d'été (au moyen âge), les *revivals* des méthodistes, c'est pousser un peu trop loin l'analogie. Il n'est pas jusqu'aux pauvres Saint-Simoniens que M. Hecker considère aussi comme des choréiques, à cause de quelques-unes de leurs opinions sur la danse et sur la musique.

Enfin, au siècle où nous sommes, il n'est pas besoin de prouver que la chorée n'est pas le résultat de sortilèges ni de maléfices ; cependant cette opinion a été pendant longtemps généralement admise. Toutes les médications étaient dirigées d'après cette indication. La guérison en était abandonnée aux prêtres qui y procédaient par exorcismes.

Paracelse, qui le premier imagina de recourir à quelque moyen thérapeutique en même temps qu'il prescrivait les jeûnes, une discipline sévère, les mortifications, les bains froids, recommandait de se procurer une petite image de cire à laquelle on devait imprimer en pensée tous les péchés que l'on avait commis, et que l'on brûlait ensuite. Jusqu'au 17.e siècle, les pélerinages aux chapelles de Saint-Jean et de Saint-Guy à Biessen et à Wesenweller, dans le Brisgaw, étaient fort renommés pour la guérison de la chorée; delà le nom de danse de Saint-Guy conservé à cette maladie.

Il nous semble que c'est à tort que l'on a rangé Sennert parmi ceux qui ont attribué la chorée aux puissances infernales. Il est vrai qu'en parlant de la chorée, il a dit : *Subesse quoque vim interdum superiorem et à demone, talia deo permittente proficisci credibile est;* mais immédiatement après Sennert ajoute : *Impossibile tamen etiam non est à naturali causa hæc symptoma provenire et faciliùs hoc credit qui ea leget quæ de tarentulæ morsu scribit Mathiolus.* En effet, après avoir rapporté les étranges effets qui sont attribués à la piqûre de la tarentule, Sennert conclut : *Hoc itaque si demorsis à tarentula accidit non absurdum est viti choream, quæ non parvam cum hoc affectu similitudinem habere videtur, etiam à naturali causa ortum habere posse.* N'est-il pas évident que Sennert n'admettait les causes occultes que par condescendance pour les superstitions de son siècle, et que son intention secrète était au contraire de les combattre? N'est-ce pas ainsi qu'ont procédé tous les esprits supérieurs du 16.e et du 17.e siècles, même Descartes! Faisons la part des temps; ne calomnions pas ces pères de la science!

Des symptômes. — Les mouvemens choréiques sont quelquefois bornés à un des membres seulement; d'autres fois non seulement tous les membres en sont agités, mais le tronc, la face, tout le corps sont dans un mouvement

perpétuel. Au début de la chorée, les mouvemens encore peu décidés auxquels se livre l'enfant, sont ordinairement attribués par les parens à des grimaces volontaires, et les pauvres enfans réprimandés, menacés, battus même, sont souvent victimes de l'ignorance de leurs parens ! Dans quelques cas, l'invasion des mouvemens choréiques paraît se faire plus brusquement. (*Voy.* les observations citées, page 218.)

Ewart, Dehaën et Gardane ont observé que la chorée affecte plus souvent le côté gauche que le côté droit. Mes observations sur ce point sont tout-à-fait d'accord avec la leur, ainsi qu'il est établi dans le tableau suivant.

Sur 25 cas de chorée :

Neuf fois la chorée était générale, c'est-à-dire, qu'elle occupait tous les membres supérieurs et inférieurs, le tronc et la face.

Cinq fois elle occupait les deux membres supérieurs, les membres inférieurs ne participant dans ces cas aucunement au désordre des mouvemens.

Cinq fois, les membres gauches ;

Une fois, les membres droits;

Quatre fois, le bras gauche ;

Une fois, le bras droit.

Deux fois, dans les cas de mouvemens généraux, ces mouvemens étaient plus prononcés à gauche qu'à droite.

Ces résultats ont été constatés avant que je connusse l'opinion de Dehaën et des deux autres auteurs.

Je n'ai jamais vu la chorée bornée aux membres inférieurs : cette circonstance est une de celles qui différencient la chorée des affections encéphaliques, dans lesquelles (comme l'apoplexie et le ramollissement) la paralysie des membres inférieurs est plus fréquente et plus persistante.

Les mouvemens choréiques sont si irréguliers, qu'on ne saurait les comprendre dans aucune description. Ils consistent en saccades brusques, tantôt fortes, tantôt faibles, séparées

par des intervalles de repos très-inégaux : on ne saurait arrêter ces mouvemens en comprimant les muscles. Ils sont tout-à-fait involontaires. Les mouvemens volontaires sont encore possibles, mais ils ont perdu de leur force et de leur précision. Ainsi les doigts ne peuvent plus serrer aussi fortement, et laissent échapper les objets qu'on leur présente.

Les bras sont-ils le siège des mouvemens? ces membres sont portés en mille sens divers. Devant et derrière la tête, sur les fesses et sur le ventre, à droite et à gauche, le malade ne peut les diriger d'une façon droite et assurée vers le point qu'il veut atteindre. Aussi devient-il inhabile à s'en servir, même pour les usages les plus ordinaires de la vie. Il ne peut saisir un verre rempli de liquide ni le porter à sa bouche sans en renverser le contenu; et seulement, dit Sydenham, après mille gesticulations, faisant plusieurs aberrations et écarts à la manière des histrions. Il ne peut écrire; il ne peut coudre; souvent même il ne peut manger lui-même, et l'on est obligé de lui présenter les alimens comme à un très-jeune enfant (1).

Lorsque les jambes participent aux mouvemens choréiques, si l'agitation n'est pas considérable, la marche des malades en prend un air dégingandé; en même temps qu'ils tirent la jambe ils lui font décrire un demi-cercle, *fatuorum more* (dit Sydenham), à la façon des idiots, sans détacher le pied de dessus le sol, *en fauchant*, et comme pour monter une colline. L'agitation peut être telle, que toute progression devienne impossible; alors les malades sont obligés de rester couchés. Si en même temps que les bras et les jambes, le tronc participe à l'agitation choréique, le désordre du mouvement peut être si considérable, que les malades sont tenus avec peine, même dans le lit. Les draps

(1) Les enfans ainsi agités sont assez semblables aux *pantins* que l'on fait mouvoir avec une ficelle.

constamment débordés sont rejettés çà et là. Nous avons vu alors maintefois des enfans entraînés hors de leur lit, se débattre en tous sens, se tordre par terre, s'enfoncer sous les meubles dans les coins et recoins de l'appartement; et nous concevons aisément que dans les temps de superstition, à la vue d'une pareille extravagance, les pauvres humains agités par la chorée aient paru en proie aux démons.

Souvent aussi les muscles de la face, des yeux et de la langue ajoutent au désordre de la chorée générale ou bien constituent une chorée partielle : les yeux sont dans une rotation continuelle; les lèvres sont fermées ou béantes; le malade tire la langue involontairement. Toute la face est dans une grimace continuelle. L'articulation des mots en est quelquefois empêchée, et la production des sons gutturaux singulièrement modifiée. C'est dans ce cas que la voix a présenté quelquefois des caractères avec l'aboiement du chien ou le cri de quelques autres animaux.

Au trouble de la motilité se joint un trouble aussi remarquable de la sensibilité morale; à mesure que les malades s'agitent ils pleurent, poussent des cris, s'épouvantent aux moindres surprises.

Presque toujours l'agitation choréique augmente d'intensité lorsque les malades s'aperçoivent qu'ils sont l'objet de l'attention des autres personnes; il n'est pas rare que des mouvemens très-légers ne deviennent alors très-prononcés. Il en est de même lorsque les choréiques sont agités par d'autres passions, surtout la colère.

Cette agitation cesse d'ordinaire avec le sommeil, mais elle recommence toujours avec le réveil, et j'ai plusieurs fois remarqué que le reveil était précédé du retour des mouvemens. Cependant lorsque l'agitation est extrême, les enfans dorment fort peu.

Une chose bien singulière, c'est que les enfans atteints de la chorée ne paraissent aucunement fatigués de cette perpétuité de mouvement. L'heure de leur sommeil n'en

n'est pas avancée. La plupart n'éprouvent aucune douleur dans les membres; cependant, deux jeunes filles de 14 ans se sont plaint d'éprouver des douleurs dans les articulations du coude et des poignets.

Les enfans choréiques n'éprouvent pas non plus de céphalalgie, ainsi que l'attestent MM. Serres et Lisfranc, ni en avant ni en arrière de la tête; ils conservent l'entier exercice de leurs sens et de leurs facultés intellectuelles. Je tiens cependant de la bonne et excellente madame Desfours, religieuse dans les salles de l'hôpital des Enfans, (1) modèle des religieuses! que les enfans choréiques sont plus difficiles à gouverner que les autres enfans, qu'ils sont plus querelleurs et plus capricieux.

Nous n'avons jamais observé aucun trouble des autres fonctions qui, par sa répétition dans les cas de chorée, puisse être considéré comme une dépendance de cette affection. Nous n'avons notamment jamais rencontré ces palpitations et ces douleurs cardialgiques accusées par quelques auteurs.

Je dois enfin ajouter, que dans 10 cas de chorée dans lesquels nous avons essayé de noter les différences que le temps sec ou le temps pluvieux, le chaud ou le froid pouvaient apporter aux mouvemens choréiques, les variations de l'atmosphère n'ont paru aucunement modifier les mouvemens.

La durée du séjour des choréiques à l'hôpital, calculée sur les 189 cas, fut de 31 jours, terme moyen.

Telle est l'histoire de la chorée récente, de celle qui, débutant tout d'un coup ou lentement, reste au même degré ou se prononce davantage, et finit par disparaître au bout d'une semaine, ou après un ou deux mois, soit sous l'influence d'un traitement, soit sans traitement aucun.

La chorée chronique est celle qui se prolonge indéfini-

(1) Tous ceux qui ont fréquenté l'hôpital des Enfans, me sauront gré de rappeler à leur souvenir cette femme excellente.

ment, et qui résiste à l'emploi de tous les moyens thérapeutiques. Dans ces cas il est sans exemple pour nous que le desordre ait été porté aussi loin que dans certains cas de chorée recente; la plupart des chorées chroniques sont partielles; nous en avons vu cependant de générales.

Mais une chose qui nous a frappé, c'est que sur quatre cas de chorée que nous possédons et dont le debut remontait à un âge très-jeune, deux sont restés des chorées chroniques.

Les phénomènes de la chorée chronique sont les mêmes que ceux de la chorée aiguë; c'est dans ces cas que les chairs des membres deviennent flasques et molles.

Dans deux cas de chorée chronique, nous avons vu des symptômes d'idiotisme coïncider avec la maladie; mais dans d'autres cas, nous avons vu les enfans choréiques rester tout aussi intelligens que les autres.

La chorée est sujette à des récidives plus ou moins rapprochées, et plus ou moins multipliées. J'en ai compté jusqu'à six chez une jeune fille de 14 ans. Selon Sydenham, les récidives arrivent l'année suivante à pareille époque du début. Bouteille parle d'un cas de chorée qui commençait tous les jours à midi pour finir à six heures du soir. J'ai été témoin d'un fait pareil sur une jeune fille à l'hôpital des Enfans.

Des complications de la chorée. — Dans l'immense majorité des cas, la chorée est une affection exquise, sans même complication d'aucun mouvement fébrile.

Nous avons vu dix ou douze fois les enfans choréiques, (mais pas néamoins en plus grande proportion que les autres), être pris de quelque éruption intercurrente, variole, scarlatine, ou rougeole (*Voyez* les observations citées 1, et 2), ou de quelques autres affections aiguës, pneumonie, péritonite (*Voyez* l'observation 4).

Chose singulière, ces complications n'ont jamais exercé aucune influence sur la durée ni sur l'intensité de la cho-

rée. Cette affection nous a présenté, pendant et après la maladie intercurrente, les mêmes caractères : ceci peut être embarrassant pour la théorie des dérivateurs !....

Suivant M. Guersent, la marche d'une maladie aiguë grave qui survient chez un sujet affecté d'une maladie choréique, en reçoit une influence notable : cette maladie tourne rapidement à l'adynamie. L'observation n.° 2 vient à l'appui de cette opinion, mais je pourrais lui opposer plusieurs cas de rougeole chez des individus ayant des affections choréiques et qui ont été suivis de guérison.

Les divisions de la chorée en partielle et en générale, en récente et en chronique, sont les seules qui peuvent être admises. La division en chorée essentielle et chorée symptomatique, établie par Bouteille, est une des causes de la confusion qui règne dans son livre, parce qu'elle permet de confondre avec la chorée une infinité d'autres maladies tout-à-fait différentes.

Diagnostic. — La chorée par elle-même est facile à reconnaître. Une des difficultés de son diagnostic n'est pas qu'elle puisse échapper à l'attention de l'observateur, mais c'est qu'on peut la confondre avec d'autres affections qui présentent avec elle des dissemblances très-notables. Ainsi, en parcourant les observations consignées dans les recueils scientifiques sous le titre *Chorée*, il en est un bon nombre qu'une saine critique ne pourrait raisonablement rapporter à cette affection, parce que tous les mouvemens *choréiques*, tous les tremblemens nerveux ne sont pas des chorées. Ainsi le fait suivant qui s'est offert à moi, ne me parait pas une chorée véritable.

Obs. — François Chaillot, âgé de 10 ans, né à Versailles, entra à l'hôpital des Enfans, le 20 avril 1833. C'est un enfant d'une constitution robuste; ses muscles sont très-développés, fermes; il a de l'embonpoint; le teint et les cheveux sont bruns. Il présente dans tout le côté gauche un tremblement continuel sans saccades, plus prononcé

dans le membre supérieur que dans l'inférieur. Malgré ce tremblement, il peut très-bien marcher, courir, saisir les objets et les retenir, toujours en tremblant. Sa santé est très-bonne; toutes ses fonctions sont très-régulières. Il porte, à la partie postérieure et supérieure de l'épaule gauche, une tumeur arrondie, globuleuse, avec fluctuation évidente. Le tremblement existe depuis trois ans, il s'est manifesté sans aucune cause appréciable; la santé de l'enfant depuis sa naissance a toujours été bonne. François Chaillot a été déjà traité comme atteint de chorée par plusieurs médecins.

Pendant le séjour qu'il fit à l'hôpital jusqu'au 25 juin 1833, il fut soumis encore aux différentes médications employées contre la chorée : les bains, la valériane, les pilules de Meglin. Le tremblement résista à tous ces moyens. L'abcès, dont l'existence ne fut constatée que lors de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, s'ouvrit, donna écoulement à un pus séreux, puis fut entièrement cicatrisé; mais le tremblement ne cessa point, et l'enfant sortit non guéri.

Assurement, on ne saurait voir, ni dans la forme de ce tremblement, ni dans les autres symptômes qui l'accompagnent, (la persistance de la force musculaire par exemple), ni dans la marche opiniâtre de la maladie, rien qui rappelle la chorée. Si on se demande quelle est la cause de ce tremblement, il n'y a d'autre réponse à cette question, que la répétition simple du fait. Avec les symptômes existans, on ne peut pas remonter à la cause. Peut-être aurait-on pu soupçonner l'abcès; mais comme le tremblement avait lieu dans les membres inférieurs et dans les supérieurs, il est évident que l'abcès n'y était pour rien.

Des altérations anatomiques. — Il faut d'abord reconnaître que la chorée n'étant pas une affection mortelle, il n'est pas étonnant que la science ne possède qu'un petit nombre de faits dans lesquels il a été possible de procéder à quelques recherches anatomiques sur la nature de cette

maladie. Sur les 189 cas de chorée reçus à l'hôpital des Enfans, pendant 10 ans, les registres attestent que 13 n'en sortirent pas et succombèrent probablement à quelque affection intercurrente. La rareté de faits pareils m'a engagé à consigner ici tout au long ceux que j'ai eu occasion de recueillir, bien qu'il n'en ressorte que des résultats négatifs.

Outre les quatre faits que je cite, M. le docteur Gerhard de Philadelphie, et M. Hache, interne à l'hôpital des Enfans, m'ont communiqué deux autres faits dans lesquels il n'a été trouvé, ni dans l'encéphale, ni dans la moelle épinière, ni dans leurs enveloppes, aucune lésion qui pût être rapportée à la chorée. Ainsi voilà donc six faits négatifs après un examen détaillé de tous les organes.

J'ai dû parcourir les meilleurs recueils scientifiques depuis que l'anatomie pathologique est cultivée.

J'ai trouvé dans le tome 8 des *Archives*, année 1825, pag. 273, que le docteur Prichard, médecin anglais, ayant eu l'occasion d'examiner anatomiquement trois jeunes choréiques, trouva chez tous les trois une quantité de sérosité assez considérable dans la cavité méningienne du rachis, avec injection des vaisseaux de la moelle épinière, d'où il conclut que la cause des mouvemens irréguliers qu'on observe dans la chorée réside dans la moelle épinière. Mais ces faits sont seulement indiqués, et ne sont accompagnés d'aucuns détails qui puissent les faire apprécier. Il serait important, par exemple, de savoir si le docteur Prichard avait habitude d'observer chez des enfans, et si la quantité de sérosité dont il parle est relative à celle que l'on rencontre ordinairement sur les cadavres des enfans, ou bien sur ceux des adultes. Généralement, la sérosité est plus abondante chez les premiers que chez les seconds. La seule circonstance à laquelle M. Louis ait pu rattacher l'infiltration séreuse des méninges, si fréquente, même chez les adultes, est relative à la durée de l'agonie.

Dans une des séances de l'Académie de médecine, M. Ser-

res annonça qu'il possédait trois faits de chorée avec inflammation des tubercules quadrijumeaux ; mais c'est là une assertion jettée dans la science, sans description, sans preuve, et fondée uniquement sur le témoignage de M. Serres. D'ailleurs, ce même praticien annonçait en même temps qu'il possédait un plus grand nombre de faits sans aucune altération appréciable.

Dans le 43e *Bulletin de la Société anatomique*, M. Monod rapporte que, chez deux sujets affectés de chorée, il trouva une hypertrophie très remarquable de la substance corticale, tant dans la masse encéphalique que dans la moelle, avec injection de leurs membranes. «La substance grise des circonvolution me frappa, dit-il, par son abondance, sa couleur, et sa consistance beaucoup plus ferme que de coutume; elle formait une couche fort épaisse, surtout en arrière et sur les côtés des hémisphères. Un grand nombre de circonvolutions semblaient presque entièrement formées de cette substance. La substance blanche était réduite à une lamelle à peine visible. La couleur de la couche corticale était d'un gris rougeâtre très-foncé, et tranchait vivement avec celle de la substance médullaire. Un pointillé rouge, très abondant, indiquait une injection considérable des vaisseaux cérébraux; les ventricules ne contenaient presque pas de sérosité; les veines de Galien étaient fortement distendues par le sang; le cerveau était du reste parfaitement sain; le cervelet offrait une injection marquée et une coloration foncée de la substance grise. Les membranes de la moelle étaient fort injectées; l'organe médullaire avait un volume extraordinaire et remplissait presque entièrement le canal que formait la dure-mère. Sa consistance était notablement augmentée, et la substance grise, plus abondante que de coutume, offrait une coloration très-foncée. Du reste, la conformation de la moelle était normale.»

Si nous ne connaissions personnellement M. Monod comme

un observateur très-habile et très consciencieux, nous aurions, nous l'avouons, moins de confiance dans l'exactitude de ses descriptions; car il est bien facile de se tromper lorsqu'il s'agit de l'appréciation de nuances dans le changement de caractère ou de volume des élémens d'un organe, surtout si l'on se contente d'énoncer tout simplement ces changemens. C'est dans ces occurences qu'il serait utile d'employer des *mesures* et des comparaisons qui peuvent éclairer et persuader les lecteurs, d'autant mieux que dans la seconde observation rapportée par M. Monod, les altérations que nous venons de signaler manquent : le cerveau était très-développé, mais la moelle était comparativement très-petite.

M. Hutin a pareillement cité une observation de chorée avec hypertrophie de la substance corticale. *Nouvelle Bibliothèque médicale.* Janvier 1828, pag. 41.

Dans le *Journal d'Hufeland*, novembre 1828, on trouve encore un cas de chorée avec péricardite, injection des membranes du cerveau et de la moelle et ramollissement de la substance cérébrale. (*Archives*, tom. 20, pag. 431). Mais ces altérations anatomiques ne sont qu'indiquées.

M. Guersent parait avoir constaté deux fois un ramollissement marqué de la moelle chez des sujets choréiques. Je tiens de cet excellent praticien que dans un autre cas il a trouvé une concrétion calcaire dans la substance cérébrale. Le fait suivant est encore un fait pareil.

Obs. — Une jeune fille de 16 ans offrait des mouvemens choréiques dans le bras droit, et traînait, en marchant, la jambe du même côté. Le pouls était fréquent. La malade toute pâle paraissait dans un état d'hébétude; elle éprouvait des étourdissemens et de la céphalalgie. Le 25 janvier 1829, elle fut prise de convulsions générales, elle fut saignée. Le 6 février, 1re menstruation, disparition des mouvemens choréiques.

L'écoulement menstruel se supprima le 8 février; le len-

demain, tous les symptômes violens se manifestèrent de nouveau. On employa les mêmes moyens que précédemment, mais ils ne produisirent aucun bon résultat. Le 11 au soir, la malade était plongée dans le coma, et elle mourut le lendemain au matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouva toute la surface du cerveau extrêmement injectée. Il y avait entre la pie mère et l'arachnoïde un épanchement de sérosité. Les ventricules latéraux contenaient une demi-once de sérosité. Les vaisseaux du plexus choroïde étaient aussi extrêmement injectés. La veine de Galien et les sinus de la dure-mère étaient remplis de sang. La substance médullaire de l'hémisphère gauche contenait dans son intérieur une concrétion calcaire qui avait une forme cubique irrégulière, d'un demi-pouce environ sur chacun de ses côtés.

Les viscères du thorax et de l'abdomen étaient parfaitement sains. On trouva une petite hydatide adhérente à la surface de l'ovaire droit. (*The medico-chirurgical Rewiew of London*, 1829).

Mettons d'abord de côté l'épanchement de *sérosité lymphatique dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien*, lequel épanchement se rencontre si souvent dans une foule d'autres affections; mais la concrétion calcaire, trouvée dans la substance calcaire, rend-elle mieux raison du désordre des mouvemens? Quand je considère le nombre de cas dans lesquels il n'a été observé aucune lésion anatomique appréciable chez des sujets morts à la suite de la chorée, je suis tenté de ne pas regarder la présence de ces concrétions calcaires comme causes de la maladie, d'autant mieux que, dans le cas présent, il y avait plus que de la chorée: état d'hébétude, vertiges, céphalalgie, convulsions générales. Comment d'ailleurs expliquer la cessation des mouvemens choréiques, lors de l'apparition de la première menstruation, si l'on admet que ces mouvemens étaient déterminés par la présence des concrétions calcaires?

La cessation de la chorée, pendant des intervalles assez

prolongés et sa réapparition par récidive, doivent nécessairement indiquer l'absence d'une lésion permanente. Il n'y a que les congestions qui peuvent concorder avec cette forme intermittente et irrégulière des maladies.

Observ. Ire. — *Chorée, rougeole intercurrente, mort; persistance de la chorée jusqu'au dernier moment; aucune altération des centres nerveux.* — Joséphine Ducrow, âgée de 12 ans, d'une constitution forte, entre le 23 mai à l'hôpital : sa mère nous dit qu'elle est agitée par des mouvemens choréiques depuis plus d'un mois. Il y a trois jours, ayant marché sur un chat pendant la nuit, elle eut une grande peur, et depuis ce temps, les mouvemens sont beaucoup plus forts.

23 mai. Agitation des membres supérieurs qui sont involontairement portés à la face, sur le front, à la partie postérieure de la tête sans aucune régularité. Cette agitation augmente lorsqu'on regarde la malade ou bien lorsqu'on veut lui faire exécuter un mouvement volontaire; elle peut marcher et manger sans secours, sa voix est saccadée, et l'articulation des sons se fait avec effort et contorsion des muscles de la face. — Face colorée; toutes les autres fonctions sont en bon état.

27 mai. Céphalalgie, face colorée, un peu de toux, pouls développé, fréquent, peau chaude.

28, même état; une petite saignée est pratiquée.

L'agitation n'augmente ni ne diminue; à la toux se joint un râle trachéal assez marqué; la respiration est pure, le pouls fréquent; point de dévoiement; la malade reste toujours à peu près dans le même état jusqu'au 16 juin; rougeur à la face, semblable à des taches de rougeole, yeux brillans, air abattu, écoulement de mucosités très-abondant par le nez, par la bouche et par les oreilles; rougeur au palais; respiration gênée sans aucun râle; toux grasse, sans crachats; pouls à 96.

15, éruption rubéolique très-caractérisée à la face,

confluente sur le tronc avec complication de quelques vésicules miliaires sur les bras; gonflement de la face, yeux injectés; peu de toux, respiration convulsive, gênée; peau chaude, pouls à 132, persistance de l'agitation choréique au même degré. (Gom. édul.).

16, rougeole très-confluente, offrant une teinte violacée; yeux injectés, langue sèche, rouge, blanchâtre, dévoiement. (Gom. édulcorée).

17, l'éruption pâlit et devient violacée, langue blanchâtre, sèche, dévoiement, persistance des mouvemens choréiques. (Deux vésicatoires aux cuisses). Mort survenue dans la journée du 17.

18, *Nécroscopie.* Arachnoïde injectée à la surface convexe et à la base du cerveau; pas d'infiltration; substance cérébrale ferme et injectée dans tous les points. Arachnoïde de la moelle injectée, substance de la moelle très-ferme, sans aucune altération de texture, de consistance ni de coloration, pas de sérosité. Larynx, trachée-artère et pharynx très-rouges dans toute leur étendue. Cette rougeur se prolonge jusque dans les bronches, hépatisation des deux poumons, principalement du poumon droit. Les organes abdominaux étaient à l'état sain.

Malgré la rougeole, les mouvemens de chorée, dont la malade était agitée, persistèrent jusqu'au dernier moment. La rougeole elle-même ne fut remarquable que par les symptômes du prodrôme qui se déclarèrent long-temps à l'avance, et par la coloration violacée de l'éruption dès le second jour. A l'autopsie, nous trouvons une inflammation du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, qui se rapportent manifestement à la rougeole intercurrente; mais il n'existait aucune altération qui expliquât la chorée.

Obs. II. — *Chorée très-prononcée; rougeole intercurrente; cessation des mouvemens choréiques; mort; aucune lésion qui puisse être rapportée à la chorée.* — Lemaître,

petite fille, est âgée de 7 ans, de constitution grêle, cheveux bruns.

9 avril, agitation des membres inférieurs et supérieurs, agitation des muscles de la face; l'enfant ne peut articuler que des monosyllables; impossibilité de marcher et de manger sans aide. Par momens la face est si colorée qu'on croirait la malade dans un paroxysme fébrile; cependant elle n'éprouve ni céphalalgie, ni douleur abdominale, ni gêne de la respiration; le pouls est assez calme. (Infusion de feuilles d'oranger, valériane en poudre.)

Du jour de l'entrée au 26 avril, aucun accident nouveau ne se déclara; mais l'agitation choréique allait si fort en augmentant, malgré l'usage de la valériane et des bains frais, commencés le 15, que le dos de la malade ne fut bientôt plus qu'une plaie tant elle se frottait contre les draps de son lit.

Du 26 au 5 mai, sans cause appréciable et sans aucun autre symptôme nouveau, cet enfant fut prise d'une petite diarrhée; pendant ce temps, les symptômes de la chorée parurent moindres.

Le 17 mai, apparition d'une éruption de rougeole.

18, taches rubéoliques, rouges, peu saillantes, peu circonscrites sur la face, sur le tronc, les jambes et les bras; toux, râle sous-crépitant des deux côtés, principalement à gauche; langue rouge et blanche; pouls à 112. Les mouvemens choréiques n'ont pas diminué d'intensité.

La rougeole disparut, mais elle laissa une pneumonie qui ne marchait pas rapidement vers sa guérison. La petite fille maigrissait de jour en jour, et en même temps les mouvemens de la chorée se calmaient.

2 juin, la malade parle facilement, peut se servir de ses mains pour manger. Toux assez fréquente; la respiration se fait peu entendre à la partie postérieure et inférieure des deux poumons; râle ronflant considérable, pouls fréquent, dévoiement aujourd'hui pour la première fois. (Vésicatoire à la partie postérieure du thorax.)

Tous ces symptômes allaient en augmentant, excepté les mouvemens choréiques qui étaient presque entièrement appaisés le 16 juin, veille de la mort. L'amaigrissement était considérable, et aux symptômes de la pneumonie et à la diarrhée il s'était joint un balonnement très-marqué du ventre.

17 juin. *Nécropsie.* — Arachnoïde peu injectée, transparente et non adhérente à la substance corticale; légère infiltration de la pie-mère. Substance cérébrale généralement molle, pas injectée. Moelle épinière ferme, non injectée. Hépatisation partielle des deux poumons; tubercules dans ces organes, dans les glandes bronchiques. Estomac et intestin grêle sans aucune coloration morbide. Rougeur et ramollissement du gros intestin. — Les autres organes de l'abdomen sont à l'état sain.

Cette observation peut ête rapprochée de l'observation 1.re C'est une malade affectée de la chorée, et prise d'une rougeole intercurrente à laquelle elle succomba, mais comme dans l'obs. 1.re les mouvemens choréiques ne persistèrent point jusqu'à la fin et cessèrent avant la mort. Mais remarquons bien que dans l'obs. 1.re, la malade mourut le 4.e jour de l'éruption, tandis que dans l'observation présente elle ne succomba que le 30.e jour, c'est-à-dire, après que les symptômes primitifs de la rougeole étaient passés depuis long-temps; de sorte que ce n'est pas à la rougeole, mais plutôt à l'affaiblissement, suite de la longueur de la maladie, que doit être attribuée la cessation des mouvemens choréiques.

Nous ne trouvâmes dans les centres nerveux aucune altération qui pût être rattachée à la chorée.

Obs. III.e — *Chorée très-intense; aucune autre altération des fonctions; mort rapide; lésions propres à l'asphyxie.* — Eugénie est entrée à l'hôpital le 25 juin. Elle est âgée de 12 ans et demi, a les cheveux blonds, les yeux bleus, le système musculaire bien développé. Depuis douze

jours environ, sans avoir eu aucune frayeur et sans aucune autre cause appréciable, cette petite fille a été prise de mouvemens choréiques; elle avait toujours eu une bonne santé.

25 juin, agitation des membres supérieurs et des membres inférieurs qu'elle porte en différens sens; néanmoins elle peut encore marcher, et elle mange seule sans secours. Agitation des muscles de la face, grimaces continuelles, agitation des muscles du cou. Les mouvemens sont plus désordonnés aux moindres émotions (Mauve édulcorée, frictions avec dix gouttes de teinture alcoholique de noix vomique dans une cuillerée d'eau tiède). Ces frictions sont pratiquées le long du rachis.

28. Loin de diminuer, les mouvemens augmentent. L'enfant ne peut se tenir dans son lit, elle se renverse par terre et se cache sous les lits. Ses membres sont couverts de contusions, sa tête est échevelée; elle pousse des cris, fait entendre des sanglots, sans verser de larmes. Cette agitation est continuelle, cesse à peine pendant le sommeil, et augmente aux moindres questions qu'on adresse à la malade. Toutes les autres fonctions sont en bon état. (M. Guersent fait suspendre les frictions; bains frais, valériane un scrupule.)

2 juillet (valériane, deux scrupules.) L'enfant refuse les alimens, n'a pas d'appétit, et a encore un peu de céphalalgie, pas de sommeil. Le désordre est toujours extrême.

8 juillet (valériane, 2 gros). Agitation toujours extrême, alternant avec un peu d'affaissement; yeux hagards roulans, pupilles ni dilatées ni contractiles, face colorée, chaleur de la peau, pouls fréquent, mou; langue sèche, constipation (Limonade; 8 onces d'émulsion; affusion d'eau à 15°)

9. Il y a un peu plus de calme après l'affusion Toute la journée a même été assez paisible, mais l'agitation a reparu pendant la nuit. Vers les cinq heures du matin la malade a

pâli, puis la face s'est colorée. A sept heures, au moment où nous la voyons, la face est colorée, les conjonctives injectées, les pupilles sont très-dilatées, les mouvemens sont beaucoup appaisés, et ne sont plus que des soubresauts qui se manifestent d'intervalles en intervalles. Respiration anxieuse, pouls insensible. Mort à neuf heures du matin.

Nécroscopie le 10, à dix heures du matin. — Roideur cadavérique, taches violacées et écorchures assez nombreuses à la partie postérieure du dos. Arachnoïde injectée, surtout sur les parties latérales du cerveau; aucune trace de pus ni de sérosité dans la pie-mère; l'arachnoïde se détache partout avec facilité de la surface du cerveau. Substance cérébrale ferme, sablée. Ventricules peu dilatés, ils contiennent tout au plus deux petites cuillerées de sérosité. Cervelet ferme et injecté. La moelle épinière n'offre ni ramollissement, ni endurcissement, ni même aucune injection; elle est parfaitement normale dans toute son étendue.

Cœur d'un volume ordinaire, flasque, mou, rempli par du sang noir. Les gros vaisseaux qui arrivent au cœur sont aussi distendus par du sang très-noir. La tunique de l'aorte n'offre aucune coloration. Poumons sains; il y a engouement, mais sans traces d'hépatisation. Bronches très-violacées.

L'estomac offre un grand nombre de mamelons; sa consistance est normale. Sa membrane muqueuse se laisse déchirer en lambeaux assez longs. Sa coloration est en général celle de la pelure d'ognon. Rougeurs dans le duodénum et dans l'iléum, sans aucun développement des follicules. Les intestins sont très-météorisés. — Colon transverse météorisé; arborisations assez prononcées dans le cœcum. Pas de ramollissement.

C'était un spectacle bien digne d'étonnement et de compassion que le désordre que présentait cette jeune fille dans ses mouvemens et dans l'expression de sa sensibilité: ce désordre était extrême; cris continuels, tête échevelée,

agitation continuelle et en tous sens; elle se roulait sur la terre jusqu'à s'écorcher la peau à vif. Mais ces phénomènes suffisent-ils pour expliquer la mort ? Et cette mort comme elle est arrivée promptement, précédée seulement de quelques symptômes adynamiques ! Je tiens de M. Guersent que ce n'est pas la première fois qu'il voit des choréiques succomber uniquement à la chorée, sans aucune autre altération de fonctions et par la seule exaspération des désordres de la motilité. Dans tous ces cas la mort fut rapide, et les accidens des derniers momens présentèrent aussi le caractère adynamique. Après la mort, aucune altération ne put être rapportée à la chorée ; la congestion du sang dans les cavités du cœur, sa coloration noirâtre, et l'injectiou des différens tissus, pourraient tout au plus faire soupçonner qu'il y eut un peu d'asphyxie.

Obs. IV.—*Chorée générale intense; péritonite mortelle; persistance des désordres de la motilité. — Aucune altération propre à la chorée.* —Marie Alexandrine Richard, âgée de 9 ans, est entrée à l'hôpital des Enfans, le 7 mars 1833. Cette petite fille est malade depuis vingt jours; elle a été prise de mouvemens choréiques, qui depuis ont toujours été en augmentant. Elle est d'une assez forte constitution. L'invasion de la maladie est attribuée à une peur qu'on lui fit pendant la nuit; elle n'a jamais eu de convulsions ni d'attaques d'épilepsie, sa santé était bonne.

12 mars; mouvemens continuels et desordonnés de la tête, de la langue, des joues, des mâchoires, des membres supérieurs et inférieurs. Ces mouvemens se font par saccade et sont tellement prononcés qu'ils empêchent la progression; ils cessent pendant le sommeil; mais aussitôt que le reveil a lieu les mouvemens recommencent. Quelques mouvemens paraissent même le précéder et en être comme le prélude. La force musculaire est diminuée, car l'enfant presse à peine la main qu'on lui ordonne de serrer; elle ne peut tenir son bras, tendu horizontalement, ni se saisir le

nez avec la main ; son corps paraît moins agité. Alex. Richard nous affirme qu'elle n'a jamais senti de douleurs ni de picotemens dans les membres, et qu'elle n'est pas fatiguée de la continuité ni du désordre de ses mouvemens. De temps en temps il lui arrive de pousser involontairement la langue hors de sa bouche et de la rentrer subitement. L'articulation des mots est impossible ; l'enfant ne répond que par monosyllabes accompagnés de grandes contorsions. Ses facultés intellectuelles sont intactes ; elle est assez gaie, n'éprouve jamais de céphalalgie ; langue naturelle, point de soif, appétit, ventre indolore sous la pression dans tous les points, selles ordinaires ; le pouls, peu fréquent, ne peut être apprécié à cause du désordre des mouvemens.

Jusqu'au 19 mars, la petite malade fut soumise à des bains sulfureux pris pendant une heure chaque matin. Elle en était à son septième bain, sans avoir présenté aucune amélioration. Au contraire, après chaque bain les mouvemens devenaient, pendant une heure ou deux, plus fréquens ou plus désordonnés ; mais cette exaspération se calmait dans le cours de la journée.

Dans la journée du 19, cet enfant fut prise d'une diarrhée très-abondante avec douleur au ventre. La langue présentait un enduit blanchâtre ; il n'y avait pas de céphalalgie. M. Eager, interne de la salle, prescrit riz gommé et deux quarts lavemens laudanisés.

20, face souffrante, grimacée ; mouvemens toujours très-desordonnés ; langue très sèche et brunâtre, lèvres et dents fuligineuses, soif, un vomissement ce matin ; l'abdomen, très-ballonné, paraît très-sensible sous la pression ; point de selles depuis les lavemens administrés hier ; urinés ordinaires ; respiration bonne des deux côtés de la poitrine. Pouls à 156. (Gomme edulc., 8 sangsues sur le ventre, cataplasmes émolliens, demi-lavémens).

21 mars ; agitation choréique toujours aussi prononcée, yeux non injectés, pupilles contractées, lèvres violettes et

sèches, langue sèche, fuligineuse, dents fuligineuses, vomissemens repétés encore ce matin; abdomen très ballonné; anxiété extrême de la respiration, 80 inspirations par minute; point de toux; pouls inappréciable, peau très-chaude. (Mauve édulcorée, lavemens laxatifs, friction avec l'huile de camomille camphrée).

22; l'enfant paraît conserver ses facultés intellectuelles; langue, dents et lèvres sèches et fuligineuses; encore quelques vomissemens, soif, abdomen très météorisé et excessivement douloureux sous la pression, diarrhée, anxiété extrême, dyspnée, respiration plus thoracique qu'abdominale, chaleur très-vive de la peau, pouls filiforme et presque insensible; les mouvemens de la chorée sont toujours très-prononcés. (Même prescription).

23; augmentation d'intensité de tous les accidens, mort dans la nuit.

Nécroscopie le 25, à dix heures du matin. — *Crâne.* Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot fibrineux. La dure-mère, après qu'elle est détachée des os du crâne, laisse exsuder par sa surface crânienne un sang noir et abondant. A la surface convexe du cerveau, l'arachnoïde est transparente, soulevée en quelques points par une légère infiltration séreuse, apparente, surtout entre les circonvolutions et la partie postérieure du cerveau. Les gros troncs vasculaires sont très-gorgés, et ressemblent à des sangsues pleines de sang; partout l'arachnoïde se détache facilement de la substance corticale. A la base du cerveau l'arachnoïde est transparente; il n'y a ni infiltration de sérosité ni injection des vaisseaux dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les ventricules latéraux sont peu dilatés et contiennent à peine deux cuillerées de sérosité. Le corps calleux, la voute à trois piliers, les couches optiques, les corps striés notamment, et les tubercules quadrijumeaux, ont leur consistance et leur coloration normales; la substance blanche est un peu injectée.

Rachis. L'enveloppe arachnoïdienne de la moelle paraît un peu injectée; à sa partie inférieure elle contient environ une cuillerée de sérosité. La substance de la moelle, coupée par petites rondelles d'une ligne, conserve sa texture, sa consistance, et sa coloration normale.

Cavité thoracique. — Le poumon gauche est mou, crépitant, donne sous les doigts une sensation cotonneuse et élastique. La surface des incisions pratiquées à l'intérieur donne peu de liquide; le tissu pulmonaire y est fauve-rouge, rutilant, et résiste au doigt, excepté à la partie postérieure et supérieure du lobe supérieur, où il existe quelques points rouges, noirâtres, plus denses, et qui se laissent facilement pénétrer par les doigts. La muqueuse bronchique, dans ce poumon, offre une teinte rosée. Le poumon droit présente le même état à l'extérieur que le poumon gauche; la surface des incisions pratiquées dans son tissu se couvre de peu de fluide; il n'y existe aucun point dont la coloration soit plus foncée, et la consistance moindre; mais à la partie supérieure du lobe supérieur, nous avons trouvé un petit tubercule crétacé, unique, bien circonscrit. Les glandes bronchiques et les glandes médiastines sont d'un très-gros volume et manifestement tuberculeuses; la matière tuberculeuse n'y est pas ramollie.

Cœur un peu volumineux; les parois du ventricule gauche ont environ quatre lignes d'épaisseur vers leur partie moyenne. Aorte sans coloration.

Cavité péritonéale. — Abdomen considérablement météorisé et verdâtre; sérosité purulente verdâtre, étalée sur la paroi antérieure du péritoine, dans toute son étendue, en une couche legère et en quelques fausses membranes très-minces; la membrane péritonéale elle-même y paraît moins transparente. Le grand épiploon est distendu et recouvre la masse intestinale, il est très-injecté et trempé de pus. L'intestin grêle et le gros intestin sont très-météo-

-risés ; leur surface extérieure offre une injection rosée très-apparente. Il existe quelques fausses membranes entre l'épiploon et les intestins, mais elles se rompent facilement ; celles qui existent entre le diaphragme, le foie et la rate, sont plus fermes. Les circonvolutions intestinales sont adhérentes, mais ces adhérences sont de formation très-récente et se rompent facilement. Nous trouvons encore une demi-pinte de sérosité verdâtre purulente dans le petit bassin et dans les flancs gauche et droit.

Les glandes mésentériques, très-développées, du volume de petites noisettes, contiennent de la matière tuberculeuse concrète et nullement ramollie.

L'estomac présente des mucosités très-abondantes et très-adhérentes à la surface interne ; son volume est médiocre. Un peu de rougeur au grand cul-de-sac, dans une étendue de deux pouces carrés ; petit pointillé rouge près du pylore. La membrane muqueuse donne par le tiraillement des lambeaux de deux à quatre lignes dans le grand cul-de-sac, et de près d'un pouce partout.

La surface muqueuse de l'intestin grêle offre généralement une coloration rose tendre, et çà et là des cicatrices dures, plissées, d'une coloration noirâtre ; quelques-unes sont presque circulaires, occupant toute une zône de l'intestin : ces cicatrices existent surtout dans l'iléum. On y trouve aussi quelques points tuberculeux saillans. La muqueuse donne des lambeaux de trois à quatre lignes dans le jéjunum et dans l'iléum ; le cœcum ne présente aucune coloration anormale ; sa membrane muqueuse est très-mince, et donne des lambeaux de trois à quatre lignes. Les colons transverse et ascendant sont pâles à l'intérieur ; lambeaux de trois à quatre lignes.

A l'extrémité inférieure du rectum, près de l'anus, on trouve une large ulcération d'un pouce et demi de diamètre en tous sens ; le fond en est gris-noirâtre, inégal, et tapissé d'une fausse membrane. Lorsqu'on presse les parties voisi-

nes de cette ulcération, il s'échappe à sa surface une abondante quantité de matière jaune-verdâtre, assez consistante, semblable à du pus ou à de la matière tuberculeuse ramollie, à-peu-près comme il arrive sur une surface pulmonaire où aboutissent des bronches contenant de la mucosité. Tout-à-fait à la partie inférieure de cette ulcération nous avons trouvé un petit pertuis d'un quart de ligne de diamètre au plus, violacé dans son contour, et qui établit une libre communication entre l'intérieur du rectum et la cavité péritonéale.

Le foie est d'un volume ordinaire, fauve, mêlé de quelques points jaunes, granuleux par la déchirure. Râte pâle, de consistance un peu molle. Reins blanchâtres, de volume et de consistance ordinaires.

Ainsi dans cette observation après la mort il ne s'est trouvé aucune altération dans les centres nerveux à laquelle la chorée put être rapportée. La moelle épinière, le cervelet, les tubercules quadrijumeaux, les parties qui avaient pu être soupçonnées d'être le siège de la chorée, étaient à l'état sain.

Mais ce résultat négatif n'est pas le seul résultat important qui ressorte de cette observation. Notons encore la persistance des mouvemens choréiques au même degré d'intensité, jusqu'au dernier moment, malgré le développement d'une péritonite aussi subite, aussi étendue. Cette péritonite intercurrente ne devrait-elle pas agir comme un révulsif capable de faire taire tous les autres accidens ? Qu'on nous parle encore de l'action des révulsifs dans le traitement des maladies !

Il n'y a pas de doute que la péritonite n'ait été causée par la perforation intestinale située dans le rectum. Cette perforation était trop petite pour donner lieu à un épanchement de matières fécales. Le passage des gaz intestinaux a suffi pour enflammer le péritoine.

On conçoit combien le diagnostic de ce phénomène

intercurrent devait être obscur par l'état d'agitation de la malade, l'impossibilité où elle était de répondre aux questions autrement que par un redoublement de plaintes. Néanmoins, dès les premiers jours, M. Baudelocque, dans le service duquel se trouvait la malade, soupçonna la péritonite.

Je ferai remarquer encore la cicatrisation complète de toutes les ulcérations intestinales, à l'exception de celle qui fut le siège de la perforation, bien que celle-ci existât depuis long-temps et fût très-considérable; la diarrhée n'était point continuelle.

Conclusions.—De tous ces faits nous pouvons conclure:

1.° Que les exemples d'altérations organiques dans la chorée sont rares.

2.° Que, parmi les altérations rapportées par les auteurs, les lésions pathologiques trouvées sont très-diverses, et en général plutôt indiquées que décrites.

3.° Que les observations recueillies par nous ne donnent que des résultats négatifs, c'est-à-dire, que nous n'avons jamais rencontré aucune lésion qui pût être considérée comme particulière à la chorée.

4.° Qu'il était probable, *à priori*, que la chorée ne dépendait pas d'une altération permanente, si l'on considérait son type souvent intermittent; les congestions sont les seules altérations anatomiques qui offrent ce caractère.

5.° Que la discontinuité des mouvemens choréiques, jointe à la considération de leur siège (plus souvent aux membres supérieurs qu'aux inférieurs), à leur bizarrerie, à leur déplacement, sont des signes très-propres à séparer la chorée de toute autre maladie encéphalique. L'absence de la fièvre, du délire, l'absence de la roideur tétanique et des convulsions, empêcheront le praticien de la confondre avec l'inflammation, soit du cerveau, soit de l'arachnoïde, soit du cervelet. On la distinguera de l'épilepsie et de l'hystérie, car dans la première de ces névroses il y a perte subite de connaissance avec insensibilité complète;

dans la seconde, une boule semble partir de l'hypogastre, se porter vers la partie supérieure de l'abdomen et de la poitrine, d'où elle s'élève ensuite jusqu'à la gorge pour y produire une suffocation imminente. Or, on ne remarque aucun de ces symptômes dans la chorée. Quelques médecins en ont rapproché encore le béribéri de l'Inde. Mais cette espèce de tremblement est trop rare dans nos pays pour que le pathologiste soit autorisé à faire un rapprochement semblable.

Traitement. — On répète souvent que la multiplicité des moyens employés en médecine semble être en raison de la difficulté de guérir. Je crois que cette proposition doit s'entendre tout à l'inverse pour la chorée; c'est-à-dire, que l'innombrable quantité de remèdes vantés contre cette affection atteste peut-être que tous les moyens sont bons pour la guérir.

Je renvoie à l'ouvrage de Bouteille pour la liste des médicamens employés par les praticiens contre la chorée, jusqu'en 1810 : il en a fait une longue et complète exposition. On peut dire que toute la matière médicale y a passé. Mais pour celui qui ne veut accorder sa confiance à un médicament qu'autant que le succès de ce médicament repose sur une suite d'observations soigneusement faites, je ne crois pas que celui-là trouve dans Bouteille rien qui le satisfasse. Les propriétés de la plupart de ces médicamens sont promulguées tout au plus après deux ou trois essais. Qui cherche au contraire des noms et des citations, cette *science facile*, celui-là en trouvera tant qu'il en voudra : Sydenham, Cullen, Stoll, Starck, etc., etc. S'il était besoin de prouver que *l'autorité* ne peut être un motif de jugement en médecine comme dans toute autre science d'observation, je crois qu'il suffirait de considérer toutes les contradictions des auteurs à propos du traitement de la chorée. Sydenham vante la saignée, Cullen la rejette. Ceux-ci préconisent la fleur de zinc, le camphre, et ceux-là les repous-

sent. Je n'en finirais pas. Il vaut mieux récapituler les nouveaux moyens qui depuis Bouteille ont été vantés, et dont les essais sont consignés dans les recueils scientifiques.

MM. Serres et Lisfranc, d'après leur opinion sur le siège de la chorée, font des applications de sangsues à la partie postérieure de la tête.

Le docteur Prichard a recours aux cautères et aux vésicatoires le long de la moelle épinière. M. le professeur Richerand, à l'hôpital Saint-Louis, emploie depuis long-temps les mêmes moyens.

M. Chrestien, de Montpellier, fait usage de frictions le long de l'épine, avec le liniment volatil de Rosen, et cinq ou six observations ont été citées à l'appui de cette thérapeutique.

Le docteur Strambio, en Italie, le docteur Byrne, en Amérique, et plusieurs Anglais, ont également vanté les frictions le long de l'épine dorsale avec la pommade stibiée à la dose de un à deux gros.

En Angleterre le nitrate d'argent a réussi à la dose de un quart de grain portée jusqu'à trois grains dans l'espace de trois semaines. Ce médicament avait été déjà préconisé en France par M. Alibert, et rejeté par M. Esquirol.

En France le docteur Guérin (*Revue médicale*) a donné quinze gouttes d'acide hydrocyanique dans un véhicule de quatre onces par jour, et il a porté ce médicament jusqu'à 72 gouttes en augmentant de 5 gouttes par jour.

Le sous-carbonate de fer à des doses considérables est prescrit en Angleterre par le docteur Elliotson. En France M. Baudelocque s'en sert depuis 15 grains jusqu'à 2 gros en pilules ou en poudre.

M. Louvet-Lamarre a vanté les exercices gymnastiques, principalement le *saut de la corde.*

Mais la médication qui est sans contredit le plus en usage aujourd'hui, c'est l'emploi des bains-froids. Ils ont été mis en vogue par M. Dupuytren. Deux infirmiers vigoureux

saisissent le malade par les quatre membres, et le font passer six à huit fois entre deux lames d'eau à la température de 10 à 15°; ensuite ils l'essuyent et le transportent dans un lit assez chaud pour qu'une transpiration abondante s'en suive. Ce bain est pris chaque jour, et dans l'intervalle le malade boit pour tisane une infusion de valériane. Il importe de plonger la tête du malade dans l'eau, afin d'éviter les symptômes du côté du cerveau. J'ai entendu vingt fois M. Dupuytren enseigner qu'il n'était pas de chorée qui résistât à ces bains par immersion ou par *surprise*, ainsi qu'il les appelle.

A l'hôpital des Enfans, tous les médecins emploient les bains froids, principalement MM. Jadelot et Bouneau, mais ils n'obtiennent pas des résultats aussi heureux que M. Dupuytren. Comme ces bains répugnent beaucoup aux enfans, surtout pendant l'hiver, M. le docteur Baudelocque imagina de leur substituer les bains sulfureux. Les expériences furent faites avec assez de suite et assez de soin pour mériter quelque confiance.

Du mois de septembre 1832 au mois de janvier 1833, 14 petites filles furent soumises à l'usage des bains sulfureux. (Ces bains se composent de sulfure de potasse, ℥ iv, pour huit voies d'eau). On en administrait un tous les jours, excepté les jeudis et les dimanches. Sur ces 14 petites filles, 13 guérirent. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital fut de 24 jours, tandis que la durée moyenne du séjour des choréiques, calculée sur le tableau général des 189 cas, est de 31 jours. Encore devons-nous faire observer que l'amélioration à la suite des bains sulfureux avait lieu dans la plupart des cas bien avant la sortie des malades. Cette amélioration se manifestait ordinairement après le deuxième ou le troisième bain, et rarement M. Baudelocque en fit prendre plus de dix à douze. Dans un cas on vit un enfant ne plus présenter aucun mouvement dès le cinquième bain.

Ces essais ont été depuis répétés non-seulement par

M. Baudelocque, mais par MM. Baffos, Guersent, Bouneau et Jadelot, et tout paraît confirmer les heureux résultats obtenus par M. Baudelocque. Je dois même ajouter qu'à ma sollicitation M. Baudelocque ayant abandonné à l'expectation et au régime de l'hôpital pendant trente jours deux jeunes choréiques prises au hasard, au bout de ce terme les mouvemens avaient la même intensité. Les bains sulfureux furent employés, et les deux petites malades guérirent aussi rapidement que les autres.

On trouve dans les recueils scientifiques quelques cas de chorée guéris par l'usage des bains d'eaux minérales, à Luxeuil et Evaux. Ces eaux sont des sources d'eaux sulfureuses.

Compte rendu des travaux de la Société anatomique (1), pendant l'année 1833; *par M.* C. Forget, *D. M. P., agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, secrétaire-général de la Société de Médecine, secrétaire de la Société anatomique, etc.*

Présidence de M. Cruveilhier.

Messieurs,

De tous les besoins moraux de l'humanité, celui de connaître est le plus impérieux, parce que c'est lui qui constitue la prééminence de l'homme et marque sa place au sommet de la création. Heureux donc celui qui, pour satisfaire à cette sublime vocation, ne puise les alimens de l'esprit que dans la sphère des idées positives, et se préserve ainsi des erreurs qu'entraîne souvent le besoin de réaliser des abstractions. Or, s'il est quelque chose de réel

(1) Lu dans la séance publique du 30 janvier 1834.

dans la science à laquelle nous nous sommes consacrés, c'est sans contredit l'anatomie : l'anatomie saine, point de départ, et l'anatomie morbide, aboutissant des maladies ; limites qui circonscrivent la scène où s'accomplit, de nécessité, le drame dont la mort est le dénouement.

J'ose le dire, avec un sentiment d'orgueil que vous partagez sans doute : de toutes les Sociétés qui travaillent au perfectionnement de l'art de guérir, la nôtre est sans contredit la plus fructueuse, car ses œuvres portent sur des faits palpables, indépendans de toute théorie, et qui représentent le côté mathématique d'une science qui n'est pas toute conjecturale. Mais avant de nous féliciter de nos acquisitions, essayons d'en établir l'inventaire.

Dans les quarante et quelques séances où, depuis un an, chacun de vous est venu déposer son modeste contingent de labeur, plus de deux cents pièces d'anatomie vous ont été présentées; toutes provenant de sujets différens, toutes comportant un intérêt spécial, la plupart ayant donné lieu à de lumineuses discussions sur les faits analogues et les conséquences qu'on peut en déduire. C'est un fond de richesses nouvelles dont plusieurs de vous peut-être étaient loin de soupçonner l'importance. Tel est, Messieurs, un des bienfaits de l'association intellectuelle, que de minces tributs partiels produisent insensiblement une somme de richesses scientifiques qui devient la propriété de chacun et de tous. Mais s'il était facile d'établir le chiffre de vos productions, il ne l'est pas autant d'en systématiser l'ensemble et de donner, dans le rapide exposé d'un discours d'apparat, l'esquisse méthodique et complète des faits nombreux dont je suis chargé de vous offrir aujourd'hui le tableau. Je serai cependant aidé, dans cette tâche difficile par les savans travaux de mes prédécesseurs dans la même carrière. Puissé-je, Messieurs, soutenir, sans trop de désavantage, un si dangereux parallèle.

Anatomie normale. — Aujourd'hui que tant d'hommes

habiles se sont attachés à découvrir et à décrire les ressorts de la vie, il doit rester bien peu d'innovations à faire en anatomie descriptive; c'est une raison pour attacher plus de prix aux perfectionnemens de ce genre. M. *Huguier* vous a présenté une belle préparation des plexus pulmonaires où vous avez vu des filets, émanés de chaque groupe latéral, venir former un réseau en s'anastomosant entre la trachée et l'œsophage; vous avez vu des branches, nées d'une anastomose du nerf vague avec le premier ganglion thoracique, descendre au-devant de l'aorte et venir se perdre tant dans les plexus pulmonaires que dans le nouveau plexus œsophagien. — Nous savions tous où se trouve l'entrecroisement nerveux qui existe entre les cordons antérieurs de la moelle alongée, mais peu d'entre nous étaient fixés sur les rapports de cet entrecroisement avec le trou occipital; les uns le plaçaient au-dessus, les autres au-dessous. Un cas pathologique ayant soulevé la question de savoir si la compression au niveau de ce trou doit produire la paralysie du côté opposé, une commission, formée de MM. *Bérard* jeune, *Chassaignac* et *Montault*, fut chargée d'éclairer ce point important, et ces messieurs ont constaté, par des expériences variées, que cet entrecroisement se trouve en effet au-dessus du trou occipital : vous concevez l'utilité de cette détermination, eu égard au diagnostic des lésions de la moelle. — A l'occasion d'un long travail sur les nerfs de la main par M. *Lacroix*, M. *Camus* vous a signalé des corpuscules gangliformes annexés aux filets de terminaison des nerfs de la face palmaire, qui seuls les présentent. Quelques membres ont douté de la structure nerveuse de ces corps, lesquels, malgré cette incertitude n'en constituent pas moins une particularité très-remarquable. — M. *Lenoir* vous a communiqué une note sur les variations de direction du conduit auditif aux différens âges, direction dont l'obliquité est plus prononcée chez

l'enfant, et qui diminue à mesure que l'apophyse mastoïde acquiert plus de développement. — Notre savant et laborieux Président a préparé avec toute l'habileté et la patience nécessaire à cette œuvre délicate, un cœur qu'il est parvenu à séparer en deux moitiés complètes, réalisant ainsi, pour le centre circulatoire de l'homme, ce qui s'observe chez certains animaux à deux cœurs isolés. Vous avez vu que, dans l'état d'intégrité, les deux cœurs sont enveloppés d'un surtout musculaire dont la dissection minutieuse permet de séparer les deux systèmes accolés et parfaitement distincts, cœur gauche et cœur droit; vous avez suivi ces anses qui constituent les parois ventriculaires et qui se terminent en spirale vers la pointe, par laquelle elles se replient pour former les plans profonds, mécanisme compliqué, sur lequel il ne m'est pas permis ici de m'étendre. — Dans un mémoire sur l'organisation du foie, M. *Giraldès*, partant de certaines idées de philosophie anatomique et de quelques aperçus d'anatomie comparée qui pourtant ne sont pas nouveaux, vous a dépeint cet organe, d'abord simple lacune du canal digestif, revêtant, en s'élevant dans l'échelle animale, les caractères qui en font la plus compliquée de toutes les glandes.

Anomalies congéniales. — Cette nature, ordinairement si fidèle à ses plans primitifs, *semper sibi consentanea*, manifeste parfois des aberrations qui ne nous paraissent bizarres qu'en raison de notre incapacité pour saisir la filiation de ses procédés intimes.

M. *Cruveilhier* vous a présenté un fœtus monstrueux portant un *spina bifida* de la région occipitale où existaient deux poches membraneuses, en partie remplies par une portion de cerveau. L'obliquité du front, l'étendue transversale de la bouche, le renversement de ta tête en arrière, l'absence de col, la saillie de la région cervicale antérieure donnaient à ce fœtus, bien conformé du reste, l'aspect d'un animal

de la famille des batraciens, et justifiaient ces contes vulgaires de femmes qui ont mis au jour de hideux reptiles.

M. *Cruveilhier* vous a dit avoir vu le tronc du nerf facial d'un côté fournir une branche aussi volumineuse que le tronc lui-meme, branche qui lougeait le nerf glosso pharyngien, s'anastomosait avec lui et suivait la même distribution. — M. *Cazeaux*, dont l'exactitude d'observation ne vous est pas suspecte, vous a dit avoir vu manquer le muscle grand oblique de l'œil des deux côtés, sur un cadavre offert par le hazard. Il est à regretter que notre confrère n'ait pu vous soumettre la pièce, afin de constater ce fait extraordinaire, étudier l'état du nerf qui se rend spécialement à ce muscle, et qu'il n'ait pu recueillir de renseignemens sur la physionomie de l'œil pendant la vie. — M. *Chassaignac* vous a fait voir un muscle anormal qu'il a nommé triangulaire externe ou antérieur du sternum, et qui, s'insérant supérieurement à cet os, se terminait en digitations aux fibro-cartilages des 5e, 6e et 7e vraies côtes. Quelques membres, considérant que ce muscle se continuait par son bord interne avec le droit abdominal, l'ont envisagé comme un prolongement de celui-ci, disposition que Galien croyait normale et qui l'est en effet chez le singe et certains quadrupèdes. — Le même membre vous a fait voir un tendon appartenant au muscle soléaire, et venant s'insérer au calcanéum au devant du tendon d'achille. — M. *Cruveilhier* vous a présenté une énorme hernie diaphragmatique, présumée congéuiale, chez une vieille femme : le paquet intestinal, coiffé par le péritoine et la plèvre, remplissait la cavite gauche de la poitrine, en refoulant le poumon en haut et le cœur à droite. Cet état n'avait pas été soupçonné pendant la vie; que de pièges tendus à la percussion! — Notre Président vous a également montré une hernie ombilicale chez un fœtus mort : le paquet intestinal et une grande partie du foie sortaient de l'abdomen,

coiffés par deux membranes diaphanes, dont l'une dérivait de la peau, l'autre du péritoine et probablement des muscles amincis et dégénérés. — M. *Moret* vous a fait remarquer, sur une tête de fœtus, un tubercule osseux qu'il croit être l'analogue de l'os internasal de certains animaux; M. *Chassaignac* vous a montré sur un maxillaire inférieur deux rainures obliques occupant la symphyse et circonscrivant deux portions osseuses qu'il envisage comme les analogues des os inter-maxillaires inférieurs. La Société, qui ne se rend qu'à l'évidence, n'a pas universellement adopté ces opinions, croyant à la possibilité d'altérations artificielles (1). — M. *Cruveilhier* vous a fait voir les omoplates d'un vieillard, chez lequel les deux acromions étaient articulés d'une manière mobile et probablement congéniale. — Notre président vous a encore fait remarquer sur le squelette d'une femme, l'appendice xyphoïde égalant en longueur la moitié du sternum, et percé de plusieurs trous; cet appendice était refoulé en arrière, entre les fausses côtes rapprochées et rendues perpendiculaires par l'action du corset. — M. *Denonvilliers* vous a soumis un pied, sur lequel manquaient les trois os cunéiformes, les cinq métatarsiens et les phalanges; il n'existait à leur place que des appendices charnus, unguiculés, représentant les orteils. — M. *Œger* vous a présenté un rétrécissement presumé congénial de l'œsophage chez un enfant mort d'inanition. — M. *Debou* vous a fait voir une dilatation considérable et originelle de l'estomac, chez un individu boulimique, et qui consommait comme huit. — M. *Bérard* jeune vous a présenté une oblitération congéniale du rectum, chez un nouveau-né : l'intestin se terminait en cul-de-sac à quelques lignes au-dessus des sphincters de l'anus qui avait sa conformation naturelle. Après une tentative de ponction, l'opération de l'anus anormal fut pratiquée; l'enfant succomba. M. *Cruveilhier*

(1) M. Chassaignac persiste dans son opinion.

vous a dit avoir été plus heureux dans un cas analogue et avoir procuré l'évacuation du méconium en perforant l'obstacle. — M. *Choisy* vous a présenté une rate peu volumineuse, comme flottante dans l'abdomen, prise pendant la vie pour une tumeur morbide; les vaisseaux qui s'y rendaient avaient une longueur extraordinaire, et les liens celluleux par lesquels elle tenait au péritoine, avaient occasionné un étranglement intestinal. — A propos du poumon droit d'un nègre offrant quatre lobes, M. *Pigeaux* vous a dit avoir remarqué la même conformation chez plusieurs individus de cette couleur, coïncidence qui vous a fait vous demander si ce ne serait pas là un des caractères organiques de la race africaine, comme la saillie de l'angle facial et la couleur de la peau. — Chez un autre individu, M. *Marotte* a rencontré une inversion des lobes pulmonaires; c'est-à-dire qu'il s'en trouvait trois à gauche et deux à droite, sans anomalie dans la position du cœur. — Si nous ne savions aujourd'hui que la persistance du trou de botal n'entraîne pas nécessairement la cyanose, nous serions en fonds pour en exhiber les preuves : sur le cœur d'un homme de 60 ans, présenté par M. *Ribes:* les deux oreillettes communiquaient largement, sans changement de couleur à la peau; sur un autre cœur offert par M. *Reignier*, les oreillettes communiquaient aussi au moyen d'un réseau à larges mailles; mais ce que cette pièce offrait de bien curieux, c'est un pertuis du diamètre d'un tuyau de plume, par lequel communiquaient les deux ventricules de sorte que le mélange des deux sangs pouvait s'opérer par une double voie. Dans ce cas il n'y eut cyanose que vers les derniers temps de la vie. — M. *Denonvilliers* vous a parlé d'un individu chez lequel il n'existait qu'un seul rein, ce qui n'est pas rare; mais ce rein avait sa forme et sa position normales; de l'autre côté il n'existait que la capsule surrénale, par conséquent point d'uretère. — Dans un autre cas, offert par M. *Rufz*, il n'existait aussi qu'un rein, situé aussi d'un côté, mais lobuleux et rece-

vant les deux artères rénales; il y avait deux uretères s'ouvrant dans la vessie comme à l'ordinaire. — M. *Clément* vous a soumis une observation d'extrophie de la vessie, qu'on peut joindre aux cent autres cas analogues recueillis par M. *Velpeau*. — M. *Ripault* vous a présenté la pièce provenant d'un individu qui n'avait qu'un testicule dans le scrotum; on s'attendait à trouver l'autre dans l'abdomen, mais on fut bien surpris en suivant le canal déférent, à partir de la vésicule séminale, de le voir s'épanouir dans les tégumens de l'aine correspondante, à la manière du ligament rond chez la femme. Cet individu protestait n'avoir jamais subi la castration; il n'existait aucun vestige de cicatrice au scrotum; ce n'était pas non plus une atrophie du testicule, car celle-ci n'est jamais complète.

Anatomie comparée. — Vos travaux ne sont point restés circonscrits dans l'anatomie humaine. Vous savez trop bien apprécier, Messieurs, les lumières que peut fournir l'anatomie comparée. M. *Retzius*, professeur à Stokholm, vous a présenté une belle préparation du ganglion ophthalmique chez le cheval, où son existence a été contestée, probablement à cause de sa petitesse et du peu de mobilité de la pupille dans le genre *Equus*; ici, non seulement le ganglion était distinct, mais encore, vous en avez vu naître des filets iriens. — Par contre, M. *Montault* vous a dit avoir vainement cherché ce même ganglion sur un lion, ce qui parait d'autant plus étonnant que, dans le genre *Felis*, l'iris est extrêmement contractile; mais M. *Nélaton* vous a fait observer que dans ces animaux il est parfois difficile de trouver ce ganglion, à cause de la disposition de la branche inférieure de la troisième paire qui est très-longue, s'avance jusqu'au globe de l'œil, et se réfléchit ensuite avant d'aller joindre le ganglion ophthalmique. D'ailleurs, MM. *Denonvilliers*, *Giraldès* et *Defrance*, assurent avoir rencontré ce ganglion chez le chat. — M. *Giraldès* a disséqué avec soin les nerfs de la face chez le rat; il a vu que

ces nerfs, ceux surtout qui se rendent aux bulbes des moustaches, sont d'un volume considérable, et confirment la présomption que ces poils sont des organes de tact médiat.

Anatomie pathologique. — Mais, Messieurs, vos plus amples moissons, celles qui vous seront le plus profitables, ont été faites en anatomie pathologique. Vos séances sont comme une optique, où viennent se dérouler la plupart des maladies intéressantes, rencontrées dans les hôpitaux et même dans la pratique civile. Votre laboratoire est une vaste sepulchretum, triste école d'égalité devant la mort, où viennent figurer pêle-mêle les dépouilles mortelles d'hommes de tous les rangs : à peu de jours d'intervalle vous avez eu sous les yeux le cadavre décapité d'un infâme criminel, et les débris d'un illustre maréchal de France, sujet de réflexions profondes et lugubres, qui pourtant ne doivent pas nous distraire du but de nos travaux.

Maladies du système nerveux. — Vous devez à M. *Maisonneuve* l'observation intéressante, et unique peut-être, d'une femme qui fut atteinte, à l'âge de 26 ans, d'une paralysie du mouvement et du sentiment dans les membres supérieurs, et du mouvement seul dans les membres inférieurs, coïncidant avec une destruction de la substance grise ou centrale de la partie supérieure de la moelle vertébrale, dans l'étendue de huit à neuf pouces; espèce de syringo-myélie accidentelle, analogue pour la forme à ce qu'on a rencontré parfois à l'état congénial. La Société est tombée d'accord sur l'origine morbide de cette affection, sans pourtant oser en préciser la nature.

M. *Nélaton* vous a présenté l'observation pleine d'intérêt, d'un individu chez lequel on a rencontré des tubercules développés à l'origine des nerfs des troisième, cinquième, septième et huitième paires cérébrales, avec perte de l'odorat, de la vue, de l'ouïe, conservation du goût et de la sensibilité des tégumens de la face. Cette observation nous

rappelle celle qui vous fut présentée l'année dernière par M. *Choisy*, dont mon prédécesseur, M. *Sestié*, vous a donné l'esquisse dans son compte rendu; et qui se trouve consignée dans vos bulletins de cette année : ici, même précision dans les résultats physiologiques et confirmatifs des expériences de MM. *Bell* et *Magendie*, sur les usages de la cinquième paire. Pour les détails, je dois vous renvoyer à vos bulletins, dans lesquels vous trouverez encore l'observation de M. *Beau* sur une destruction de la plus grande partie de l'hémisphère gauche du cerveau, chez une femme de 32 ans, morte de péritonite, affectée d'hémiplégie et d'épilepsie depuis l'âge de trois ans, époque à laquelle elle avait eu une fièvre cérébrale avec convulsions violentes. Chez cette femme, qui était douée d'une physionomie expressive et d'une intelligence ordinaire, l'hémisphère cérébral fut trouvé considérablement diminué de volume, et de plus était creusé d'une cavité celluleuse infiltrée de liquide. La Société a considéré cette lésion comme accidentelle. Pour expliquer l'intégrité des fonctions intellectuelles suffit-il d'invoquer ici la lenteur de la maladie et la solidarité de l'hémisphère demeuré sain? Ce sont pourtant les seules hypothèses admissibles pour l'honneur de la physiologie. Néamoins, Messieurs, il est des cas où cette physiologie organique ne suffit plus à l'explication des phénomènes, et c'est surtout la pathologie du système nerveux qui vous en offre des exemples : Telle est cette observation d'abcès considérables, développés dans la partie postérieure des hémisphères cérébraux que vous a présentés M. *Sestié*. Malgré la gravité et le caractère aigu de la lésion, les fonctions cérébrales n'ont présenté pour toute anomalie qu'un peu de fugacité dans les idées. Dans le cas de tumeur fongueuse occupant un des ventricules cérébraux, chez un enfant, dont M. *Ghérard* vous a tracé l'histoire, on n'observa non plus aucun symptôme bien prononcé de lésion cérébrale; enfin, dans un cas de paraplégie, présenté

par M. *Denonvilliers*, l'autopsie n'a revélé aucune lésion appréciable des centres nerveux. — Vous vous rappelez, Messieurs, cette atrophie des circonvolutions cérébrales, rencontrée par M. *Cruveilhier* chez un maniaque, et par M. *Rufz* chez un individu à la fois idiot et muet; ces observations, et d'autres rappellées dans la discussion, ont conduit notre *Président* à formuler cette loi générale, que dans les cas de diminution dans le volume de la masse encéphalique, le vide peut être comblé de trois manières : ou par la dépression des parois du crâne, ou par l'epaississement ou l'écartement des tables osseuses, ou enfin, par un épanchement de sérosité. Dans certains cas, ces procédés se combinent entre eux, comme dans l'observation de M. *Beau*. — Je passerai rapidement sur les cas qui me paraissent offrir un intérêt moins vif. — M. *Chassenet* vous a soumis un ramollissement partiel de la protubérance annulaire produisant la paralysie du côté opposé. M. *Bell* vous a fait voir un beau cas de tubercule dans la même partie et dans le cervelet. M. *Cazeaux* vous a présenté une apoplexie remarquable par la quantité du sang épanchée et par la présence d'un kyste hydatidaire dans les plexus choroïdes. Dans une apoplexie de la couche optique, offerte par M. *Choisy*, vous avez pu distinguer la rupture des vaisseaux, source de l'hémorrhagie. MM. *Allègre* et *Longet* vous ont présenté d'intéressantes observations d'apoplexie méningée; M. *Œger* vous a fait voir un tubercule de la moelle épinière, et M. *Hardy* une tumeur d'apparence encéphaloïde, développée sous l'arachnoïde spinale et comprimant la moelle. Dans un cas offert par M. *Sestié*, une volumineuse tumeur encéphaloïde faisait saillie d'une part sous les tégumens du dos, et de l'autre pénétrait dans le canal vertébral et déterminait la paralysie. M. *Beau* vous a montré une de ces concrétions, confondues sous le nom générique de calcul cérébral, incrustée dans la substance grise et paraissant s'être développée sous la pie-mère. Une énorme

concrétion pierreuse, criblée de trous, rencontrée dans un crâne des cimetières, vous a paru résulter d'une tumeur fibreuse ossifiée de la dure-mère. — M. *Baillargé* vous a fait voir un corps pituitaire dégénéré qui avait détruit les apophyses clinoïdes, les lames, et aminci le plancher de la selle turcique. Deux cas de fongus de la dure-mère vous ont été présentés par M. *Cruveilhier*, l'un provenant d'une femme hémiplégique, soulevait le pariétal aminci et ramolli, l'autre était constitué par de petites tumeurs disséminées, qui s'étaient creusées des cellules dans l'épaisseur des os du crâne. — M. *Andral* vous a présenté le crâne d'un adulte dont la tête offrait le volume et la forme caractéristiques de l'hydrocéphalie; les fonctions cérébrales étaient intactes; ce crâne offrait une épaisseur énorme, et la Société a pensé, comme l'auteur de l'observation, que cet état pouvait résulter d'une hydrocéphalie survenue dans l'enfance.

Placerons-nous parmi les lésions accidentelles du système nerveux, ou considérerons-nous comme congénitale cette curieuse altération de la commissure des nerfs optiques présentée par M. *Nélaton*, sur un individu chez qui la vision n'avait point offert d'anomalie sensible? la partie centrale du carré optique était dégénérée en matière gélatiniforme; de chaque côté, les nerfs optiques se continuaient parallèlement et ne communiquaient que par une anse nerveuse occupant le bord antérieur du carré. Cette pièce précieuse et probablement unique, viendrait à l'appui de l'opinion de notre Président, qui pense que s'il existe un entrecroisement entre les nerfs optiques, cela n'a lieu qu'au centre du carré; mais ici l'anse nerveuse, espèce d'anastomose, constitue un nouveau mode de communication qui n'a pas été signalé. — M. *Vernois* vous a soumis un cas de diplopie coïncidant avec une carie de la base du crâne, et M. *Teissier* une observation d'affaiblissement de la vue avec atrophie et ramollissement des nerfs optiques. — Dans

un cas d'éléphantiasis du membre inférieur, M. *Ripault*, indépendamment de l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire, a trouvé le nerf tibial considérablement augmenté de volume, les artères en voie d'ossification; mais les veines étaient à l'état sain, ce qui éloigne l'idée de phlébite, du moins pour ce cas particulier. — Aux lésions des sens nous rattacherons le cas de réunion d'un doigt entièrement séparé, puis réuni et cicatrisé, dont M. *Beau* vous a lu l'observation à joindre aux cas analogues que M. le professeur Bérard a réunis dans un travail érudit et piquant qui vous fut offert, il y a deux ans.

Maladies des organes de la locomotion. — Parmi les nombreuses altérations du système osseux que vous avez eu l'occasion d'étudier, une des plus remarquables est sans contredit celle présentée par M. *Belloc.* Chez une femme affectée de rachitisme ou plutôt de carie vertébrale dans son bas âge, la colonne vertébrale avait contracté une inclinaison considérable sur le bassin. Cette femme, âgée de 40 ans, avait été plusieurs fois accouchée à l'aide du forceps, d'enfans vivans et à terme; elle était enceinte pour la huitième fois et sur le point d'accoucher, lorsque des praticiens recommandables jugèrent que l'accouchement par les voies naturelles ne pouvait s'effectuer et pratiquèrent l'opération césarienne. La malade ne survécut pas et l'autopsie fit reconnaître un mode de déformation que je crois sans exemple: la colonne vertébrale était soudée à angle droit sur la face antérieure du sacrum dont la face postérieure, dans l'attitude assise, supportait le poids du corps. L'angle sacro-vertébral formant dans l'état ordinaire une saillie antérieure de 30° environ, on trouvait que cet angle, actuellement saillant en arrière, avait subi une inversion de 110 à 120 degrés. Les extrémités des dernières fausses côtes n'étaient distantes que de neuf lignes de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et la colonne vertébrale légèrement déviée à gauche ne laissait

qu'un espace de deux pouces environ entre elle et la symphyse du pubis. Le bassin lui-même offrait peu de déformation; ces dispositions paraissaient dépendre de la destruction du corps de la cinquième vertèbre lombaire et de l'érosion partielle du sacrum dont la face supérieure se trouvait coupée en biseau, aux dépens de la face antérieure, et soudée avec le corps de la quatrième lombaire. — Sous le point de vue de la curabilité de la carie vertébrale, nous rapprocherons de ce fait celui présenté par M. *Chassaignac*, et relatif à une colonne vertébrale sur laquelle plusieurs vertèbres déformées et soudées entre elles portaient des traces de carie cicatrisée. Bien que le canal vertébral fût sensiblement rétréci, les fonctions de la moelle n'en avaient pas souffert. M. *Bergeon* vous a présenté une articulation fémoro-tibiale difforme et tellement incommode que l'amputation fut jugée nécessaire. Les os déformés furent trouvés sains et vous parurent offrir un exemple de guérison de tumeur blanche. — M. *Cruveilhier* vous a fait voir les articulations scapulo-humérales d'une vieille femme chez laquelle, du côté droit, la tête humérale était excavée et la cavité glénoïde renflée de manière à faire l'office de tête articulaire; du côté gauche, la tête et la cavité étaient alternativement concaves et convexes, à la manière de certaines arthrodies. Ces membres ne jouissaient que de mouvemens bornés. Ces déformations étaient probablement le résultat du rachitisme. — M. *Rufz* vous a soumis une prétendue luxation spontanée du fémur, remarquable en ce que l'os n'avait point abandonné sa cavité qui se trouvait élargie et perforée à la jointure des trois os rudimentaires de l'iliaque, et communiquait ainsi avec la cavité du petit bassin. — M. *H. Larrey* vous a fait voir une balle depuis trente ans incarcérée dans l'extrémité tarsienne d'un tibia où elle flottait comme un grelot, et qui avait enfin nécessité l'amputation. M. *Michon* vous a présenté une jambe amputée pour un ulcère cancéreux affectant le tibia, lequel était en

outre hérissé de végétations osseuses. — M. Bérard jeune vous a fait examiner un pied sur lequel un des os cunéiformes, libre et vermoulu, paraissait constituer un exemple de nécrose des os courts, opinion qui a donné lieu à une discussion contradictoire.

La vitalité des cartilages, niée aujourd'hui par de profonds anatomistes, compte encore pour elle de puissantes autorités. M. *Chassaignac* vous a fait voir une tumeur blanche du genou dans laquelle les cartilages articulaires mécaniquement détruits conservaient leur aspect naturel, inorganique, au sein des tissus enflammés. — Le même membre vous a fait voir des articulations goutteuses incrustées de cette matière pulvérulente, de ce sel d'urate de soude qui paraît constituer le caractère spécifique de la goutte, et plaide si puissamment en faveur de l'humorisme. — M. *Choisy* vous a montré le moignon d'un humérus amputé sur lequel des végétations osseuses, sortes d'apophyses accidentelles, fournissaient des points d'attache aux muscles de l'épaule. — Plusieurs cas intéressans de fractures et de luxations simples méritent une mention particulière. Deux fractures du col du fémur avec isolement complet de la tête incarcérée vous ont été présentées par MM. *Olivieri* et *Viger*, d'où s'est élevée une discussion de laquelle il résulte que la consolidation des fractures véritablement intra-capsulaires, n'est rien moins que démontrée. — Dans un cas offert par M. *Grisolle*, la tête du fémur, le grand et le petit trochanter formaient trois fragmens séparés. — M. *Brun* vous a entretenu d'une fracture de l'humérus opérée dans l'action de lancer une pierre, et à la suite de laquelle l'os fut trouvé envahi par un vaste kyste hydatidaire dont la présence était sans doute la cause de la fragilité de l'os et de sa non consolidation. — M. *Manec* jeune vous a fait voir un cal du tibia, dont les extensions stalactiformes étaient creusées de canaux pour le passage des vaisseaux et nerfs tibiaux. — M. *Cazalis* vous a parlé d'un beau cas de résorp-

tion purulente à la suite d'une fracture: la plupart des grandes articulations contenaient du pus, sans traces d'inflammation locale. — M. *Teissier* vous a fait voir un beau cas de cérébro-myélite, à la suite d'une fracture du crâne. Quant aux luxations, je ne dois pas oublier la pièce présentée par M. *Sédillot:* luxation du fémur en haut et en dehors, où le ligament rond fortement alongé n'était cependant pas rompu et servait ainsi de preuve à l'assertion paradoxale de quelques auteurs, de M. *Dupuytren* en particulier. Rappellons aussi ce cas de luxation ancienne du tibia en arrière, présenté par M. *Ripault.*

Maladies des organes digestifs. — Nous avons nécessairement un choix à faire parmi les nombreuses altérations des organes digestifs dont vous avez vu des exemples. — Si l'on songe à l'importance attribuée dans ces derniers temps aux lésions de l'estomac, comme suscitant de graves symptômes, on ne verra pas sans étonnement les énormes ravages qui, cependant, peuvent s'opérer dans cet organe, avant de causer la mort. Cette année, comme les précédentes, on vous a soumis des pièces extrêmement curieuses sous ce rapport. Sur celle offerte par M. *Régnier,* les parois de l'estomac, détruites en grande partie par une ulcération cicatrisée en plusieurs points, étaient suppleées par le parenchyme même du foie, du pancréas et de l'arc du colon. Le sujet échappé au choléra, n'offrait que des symptômes de gastrite chronique et avait succombé à des hématémèses répétées. — M. *Bottu Desmortiers* vous a soumis un cas tout pareil, à cela près que le foie et le pancréas concouraient seuls à remplacer les portions détruites de l'estomac; cette énorme ulcération ne fut jamais accompagnée de douleurs et a paru s'effectuer dans l'espace de cinq mois.

M. *Denonvilliers* vous a également fait voir un estomac dont les parois détruites étaient remplacées par le tissu du foie. Après avoir offert des symptômes de gastrite chronique

et des vomissemens noirs, le malade paraissait guéri lorsqu'une ascite survint et se termina par la mort. — Mais la curabilité absolue des vastes ulcérations de l'estomac se trouve directement démontrée par la pièce que vous a présentée M. *Cruveilhier :* l'ulcère était cicatrisé, aucun symptôme n'en manifestait l'existence, lorsque l'individu succomba à une autre maladie. — Et pourtant cette guérison elle-même laisse les malades exposés à de graves accidens consécutifs : M. *Sestié* vous a fait examiner l'estomac d'une femme morte de péritonite, par suite de rupture d'une de ces cicatrices. — Le même membre vous a fait voir un abcès occupant l'épaisseur des parois de l'estomac, sans traces d'inflammation locale, et qui coïncidait avec une péritonite suppurée, circonscrite aux environs de la rate. Malgré la singularité du fait, la Société a semblé voir dans cet abcès le résultat d'une métastase purulente. — M. *Monestier* vous a présenté l'estomac d'un individu mort d'hématémèse par rupture d'une division de l'artère gastrique supérieure. — Des cas de cancer de l'estomac vous ont été soumis par MM. *Denonvilliers* et *Ripault.* Ce dernier vous a fait voir un estomac parsemé de végétations charnues constituant de vrais polypes.

M. *Denonvilliers*, sur l'intestin grêle d'un individu mort de fièvre typhoïde, vous a fait voir, non pas l'affection des plaques de Peyer, mais bien cette éruption miliaire qui caractérise l'affection des follicules isolés; affection que vous avez si souvent rencontrée chez les cholériques, lesquels, par une sorte de réciprocité, vous ont quelquefois offert l'altération des plaques de Peyer. MM. *Sestié* et *Sédillot* vous ont fait voir les ulcérations des plaques de Peyer complètement cicatrisées. — Sur l'intestin d'un varioleux M. *Ripault* vous a fait distinguer des pustules occupant les plaques de Peyer, et parfaitement semblables à celles de la peau. — M. *Marotte* vous a soumis une vaste tumeur

sacciforme de l'abdomen s'ouvrant par une large ulcération dans le duodénum.

M. *Camus* vous a montré un étranglement organique du rectum siégeant à huit pouces au-dessus de l'anus ; et M. *Montault* un squirrhe avec rétrécissement du rectum, à deux pouces au-dessus de l'orifice. Par opposition, M. *Cruveilhier* vous a présenté des intestins rectum et S du colon énormément dilatés, provenant d'une vieille femme de la Salpétrière. L'S du colon, dans l'état de distension, s'élevait jusqu'à l'épigastre. — M. *Peltier* vous a fait voir une énorme collection de kystes hydatidaires contenus dans les épiploons.

Maladies des organes respiratoires. — On a long-temps discuté sur les usages de la glotte dans l'acte de la déglutition et dans la production de la voix. Les observations suivantes pourront servir d'élémens pour la solution définitive du problême. Dans un cas présenté par M. *Choisy*, l'épiglotte hypertrophiée restait continuellement relevée; cependant la déglutition était libre ; il y avait aphonie, mais le larynx était ulcéré. — Dans un cas produit par M. *Viger*, l'épiglotte avait été détruite par un ulcère actuellement cicatrisé ; la déglutition était libre, mais il y avait aphonie. Le voile du palais était complètement détruit ; cependant les boissons ne refluaient pas par les fosses nasales. Dans un autre cas offert par M. *Ribes*, l'épiglotte se trouvait détruite chez un sujet phthisique : la déglutition était libre ; il y avait aphonie. Ainsi dans ces trois cas d'absence de l'épiglotte la déglutition s'est opérée sans obstacles, et dans deux l'aphonie pouvait plus directement être attribuée à l'ulcération du larynx. Ces résultats, qui ne sont pas nouveaux, sont cependant bons à noter.

Un heureux hasard vous a procuré plusieurs exemples de cette maladie encore peu connue, et récemment décrite dans le bel ouvrage de notre Président, maladie qu'il désigne sous le nom d'abcès sous-muqueux du larynx. Il s'agit

de ces suppurations qui se forment autour des cartilages, les détachent de la muqueuse, les altèrent de diverses manières et pourraient en amener l'élimination, si le plus souvent le malade ne succombait par asphyxie. Dans un cas de ce genre présenté par M. *Ripault*, le médecin crut avoir affaire à un simple œdème de la glotte, tel que celui que vous a présenté M. *Grisolle*. La laryngotomie fut pratiquée; néanmoins le malade succomba. L'autopsie fit reconnaître un abcès sous-muqueux, avec ramollissement et carie du cartilage cricoïde. — Un second cas analogue vous a été offert par le même membre, et dans un troisième, présenté par M. *Monestier*, on observa les mêmes symptômes, et vous avez vérifié des lésions à peu-près semblables.

M. *Bérard* jeune vous a fait voir une bille de huit lignes de diamètre, retirée de la trachée d'un enfant de dix ans, par une opération couronnée de succès. On a peine à concevoir qu'à cet âge un corps de ce volume ait pu franchir la glotte. — Dans une autre circonstance le résultat fut moins heureux, et M. *Reignier* vous a présenté un moule de bouton en os trouvé dans la bronche droite d'un individu qui mourut phthisique quatre mois après l'introduction du corps étranger, et qui vous a fourni l'occasion de récapituler les observations de ce genre.

M. *Sestié* vous a soumis un beau cas de dilatation des bronches chez un individu atteint de catarrhe chronique accompagné de crachats abondans et fétides.

M. *Sédillot* vous a fait voir une fausse membrane complète, tubuleuse et flottante dans les principales ramifications bronchiques, chez un adulte mort de suffocation.

Plusieurs cas de gangrène du poumon vous ont été présentés, un par M. *Ribes*, et le même jour deux autres par M. *Denonvilliers*, et un par M. *Maisonneuve*. Les révélations qui s'en sont suivies vous ont fait présumer qu'il régnait alors à Paris une épidémie de pneumonie gangréneuse dont il vous appartenait de constater l'existence.

MM. *Sestié* et *Ripault* vous ont présenté des cas d'hydro-pneumo-thorax par perforation tuberculeuse de la plèvre, accident des plus graves, dont la guérison n'est cependant pas pour vous sans exemple.

MM. *Piorry* et *Choisy* vous ont fait voir des cavernes pulmonaires cicatrisées.

Maladies de l'appareil circulatoire. — Divers cas d'anévrysmes du cœur vous ont été présentés par MM. *Maisonneuve*, *Ripault*, *Denonvilliers*, *Viger*, etc. Dans un cas offert par M. *Maisonneuve*, il existait vers la base et à la partie postérieure du ventricule gauche, une excavation remplie par un caillot du volume d'une noisette, excavation dans laquelle M. *Cruveilhier* a cru reconnaître le rudiment d'un anévrysme partiel du genre de ceux décrits par MM. *Bérard*, *Breschet* et *Reynaud*. — Dans un cas offert par M. *Ripault*, il existait dans le tronc brachio-céphalique une espèce de valvule qui sans doute entravait le cours du sang. — Dans un autre, appartenant à M. *Denonvilliers*, l'obstacle consistait dans l'étroitesse de l'aorte; cependant M. *Montault* vous a fait voir le cœur d'une jeune fille, lequel n'était pas augmenté de volume et ne donnait aucun bruit particulier pendant la vie, bien que tous les débouchés fussent d'une étroitesse remarquable. — Par contre, M. *Denonvilliers* vous a montré un anévrysme total sans aucun obstacle appréciable à la circulation.

Vous vous rappelez, Messieurs, cette belle observation présentée par M. *Choisy*, sur un polype du cœur, mais polype réel, fibreux, organique, dont l'histoire est consignée dans vos bulletins.

M. *Rigault* vous a fait voir une ossification complète des valvules de l'aorte, chez un individu mort dans un accès de suffocation. Ces valvules rapprochées et en partie soudées oblitéraient presque complètement le vaisseau, circonstance qui a servi de texte à une discussion d'où résulte que, dans l'état naturel, ces valvules abaissées ferment

exactement l'orifice, mais qu'il suffit d'une légère impulsion pour vaincre leur résistance, comme le prouvent les injections qui de l'aorte pénètrent constamment dans les cavités du cœur. — M. *Ribes* vous a entretenus d'une ossification des valvules de l'aorte, avec cette circonstance remarquable et singulière que l'ossification accidentelle était le siège d'une carie.

Parmi les anévrysmes de l'aorte qui sont passés sous vos yeux, il en est un, présenté par M. *Reignier*, qui avait usé les couches fibro-muqueuses de la trachée, et disséqué très-exactement les anneaux fibro-cartilagineux. Celui que vous a soumis M. *Nélaton* avait largement perforé le sternum, et après s'être affaissé dans ce sens, au point de faire croire à la guérison, finit par tuer le malade en s'ouvrant inopinément dans la plèvre. Dans celui qui vous fut apporté par ce jeune et malheureux collègue qui n'a fait que paraître parmi nous, M. *Couriard*, un caillot cylindrique et perforé au centre donnait cours au sang et constituait un mode de guérison assez rare.

M. *Sestié* vous a produit un exemple très-curieux d'anévrysme de l'artère hépatique, présentant un renflement latéral du volume d'nne noisette, et rempli par un caillot. Aucun signe ne pouvait révéler cette affection. — M. *Lenoir* vous a dit, à ce sujet, avoir rencontré récemment un anévrysme de l'artère ophthalmique. — M. *Cruveilhier* vous a dit que les anévrysmes de l'artère splénique n'étaient pas très-rares. — M. *Chassaignac* vous a fait voir une dilatation anévrysmale de l'artère pulmonaire, et d'après les communications faites à cette occasion, vous avez appris que plusieurs observations de ce genre existaient dans la science. — Aux maladies des artères, je rattacherai le cas de gangrène spontanée offert par M. *Nélaton*, et dans lequel l'artère principale du membre fut trouvée oblitérée par suite d'inflammation, ce qui confirme la doctrine de M. *Dupuytren* sur ce genre de gangrène.

Relativement aux annexes du centre circulatoire, un cas de péricardite villeuse, compliqué de pleurésie interlobaire, vous a été présenté par M. *Sestié*. — M. *Ripault* vous a fait voir une adhérence générale du péricarde au cœur, phénomène dont il existe assez d'autres exemples; mais ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est que des végétations osseuses formées dans le péricarde pénétraient dans la substance du cœur où elles avaient déterminé un abcès. — MM. *Cruveilhier* et *Nélaton* vous ont offert deux observations de cancer du médiastin s'étendant au feuillet viscéral du péricarde. Dans le cas de M. *Nélaton*, la masse cancéreuse avait franchi les côtes et faisait saillie à l'extérieur.

Maladies des appareils sécréteurs. — Anatomiquement parlant, on distingue deux espèces de parotidite, l'une fausse, et qui n'affecte que le tissu cellulaire qui environne la glande; l'autre vraie, qui occupe les vaisseaux sécréteurs eux-mêmes; tel était le cas que vous a présenté M. *Sestié*, car vous avez vu le pus suinter par les conduits excréteurs. —M. *Cruveilhier* a rencontré, dans le pancréas d'un cadavre, un kyste volumineux rempli du suc propre à cette glande, espèce de bonne fortune qui lui a permis de faire analyser par M. *Barruel* cette matière si difficile à recueillir. — M. *Rufz* vous a fait voir un pancréas qu'au premier aspect on aurait pu croire envahi par des tubercules; mais un peu d'attention a suffi pour faire apercevoir que la masse tuberculeuse n'en occupait que l'extérieur. — M. *Denonvilliers* vous a présenté une gangrène du foie coïncidant avec un cancer de cet organe. – M. *Viger* vous a montré la même glande parsemée de petits noyaux cancéreux lui donnant un aspect granitique. — M. *Sestié* vous a fait voir un énorme foie cancéreux pesant seize livres, avec complication d'ascite. — M. *Jones* vous a montré une tumeur cancéreuse développée dans le ligament suspenseur du foie, et présentant cet aspect désigné sous le nom de cancer *pancréatique*.

— M. *Desprets* vous a fait voir une vésicule biliaire enflammée ; M. *Cruveilhier* vous a montré cette vésicule distendue par des calculs de cholestérine, donnant lieu à une dilatation considérable des canaux biliaires, affection qui ne s'était manifestée par aucun symptôme pendant la vie.

M. *Cruveilhier* vous a aussi montré l'intestin d'une femme morte des suites d'un étranglement interne, étranglement causé par un volumineux calcul biliaire qui de la vésicule était passé directement dans l'intestin, à travers une large ulcération ; c'est le second cas de ce genre rencontré par notre Président ; dans un troisième la communication s'était opérée entre la vésicule biliaire et l'estomac.

M. *Choisy* vous a fait voir une néphrite suppurée ; MM. *Cazeaux* et *Peltier* vous ont produit deux observations de cancer du rein ; dans la première, la matière encéphaloïde ramollie remplissait le bassinet, et dans le seconde cette matière fut rencontrée dans les veines émulgentes et dans la veine cave, observations à joindre à celles déjà connues de résorption de la matière cancéreuse. — MM. *Cruveilhier* et Reignier vous ont montré des reins envahis par de nombreux calculs.

Divers cas d'hypertrophie de la vessie vous ont été présentés par MM. *Denonvilliers*, *Choisy* et *Ripault* ; dans l'un de ces cas la vessie présentait une ampleur considérable ; dans un autre, la vessie hypertrophiée dans quelques points était amincie dans d'autres, au point que des crevasses avaient donné lieu à l'infiltration urinaire. — M. Cruveilhier vous a fait voir un calcul vésical dont un caillot de sang avait formé le noyau. — M. *Viger* vous a produit la vessie d'un enfant de 14 ans, exactement remplie par un calcul du poids de cinq onces ; les reins étaient dilatés par la rétention de l'urine, et cette grave lésion ne fut soupçonnée et reconnue que lorsqu'on eut pratiqué le cathétérisme.

Plusieurs prostates affectées d'hypertrophie vous ont été présentées. Dans un cas rapporté par M. *Cruveilhier*, le

cathétérisme forcé fut pratiqué par un chirurgien célèbre qui perfora la vessie. A ce sujet vous avez entendu faire l'apologie de la ponction sus-pubienne comme opération innocente.

Il est de ces cas précieux ou la nature supplée au travail du scalpel, et nous dévoile des dispositions que l'art est souvent inhabile à constater; sur la mamelle d'une vieille femme, M. *Cruveilhier* vous a fait suivre à l'œil les conduits galactophores qui, distendus par un liquide brunâtre, manifestaient leur disposition en chapelets d'ampoules communiquant entre elles, et venant aboutir au mamelon par plusieurs canaux séparés. — M. *Brun* vous a fait voir un kyste séreux du sein qui fut enlevé comme tumeur solide, erreur de diagnostic assez commune et qui ne changeait rien à l'indication.

M. Blandin vous a transmis un testicule tuberculeux extirpé; vous avez vu que la masse tuberculeuse aplatissait la glande sans pénétrer dans son parynchme, de sorte que, dans un cas semblable il serait peut-être possible de ménager un organe précieux en opérant la simple énucléation de la matière morbide.

Nous arrivons naturellement aux *maladies des organes générateurs.* — M. *Ricord* vous a fait voir un kyste des grandes lèvres rempli d'une matière brune et fétide, dont l'éruption sous le bistouri lui fit craindre une erreur grave, et d'avoir ouvert une anse d'intestin hernié. — Sur l'utérus d'une vieille femme affecté de corps fibreux, M. *Cruveilhier* vous a montré la cavité du col isolée et remplie de mucus, phénomène assez commun dans la vieillesse. — M. *Viger* vous a fait examiner un corps fibreux intra-pariétal de l'utérus oblitérant la cavité déjetée, de manière à faire croire qu'elle était occupée par le corps fibreux lui-même. — M. *Chassaignac* a mis sous vos yeux un volumineux polype, extirpé par M. Velpeau, qui se disposait à inciser le vagin pour favoriser l'extraction; lorsque M. Chas-

saignac lui conseilla d'enlever un segment cunéïforme de la tumeur pour en diminuer le volume, ce qui fut fait avec succès. — M. *Cruveilhier* vous a montré des renversemens incomplets de l'utérus opérés par des tumeurs dont l'extirpation eut exposé à ouvrir le péritoine.

M. *Marotte* vous a présenté un cancer latent, dont l'origine n'était rapportée qu'à six mois, chez une femme de 26 ans, lequel avait détruit en grande partie l'utérus et ouvert largement la vessie; cependant les urines n'avaient commencé à couler par le vagin que quelques jours avant la mort.

M. *Cruveilhier* vous a parlé d'une hernie crurale dans laquelle se trouvaient compris l'ovaire et la trompe. — MM. *Peltier* et *Lacroix* vous ont présenté chacun une de ces singulières productions de l'ovaire où l'on trouve réunis, dans un kyste, une matière grasse, des poils, des dents et autres débris d'une conception avortée. — M. *Camus* vous a fait voir un autre kyste de l'ovaire communiquant par un trajet fistuleux avec l'intestin grêle.

Les hémorrhagies utérines, qui si souvent occasionnent l'accouchement prématuré, proviennent ordinairement des points d'insertion du placenta sur la surface utérine; sur une pièce présentée par M. *Grisolle*, vous avez vu que l'hémorrhagie s'était produite entre les membranes de l'œuf et la face fœtale du placenta.

Maladies générales. — Enfin, Messieurs, il est des maladies qui, répandues dans l'universalité des tissus, nous forcent d'admettre ces diathèses, ces cachexies des anciens si témérairement ridiculisées de nos jours. C'est ainsi que M. *Cruveilhier* vous a fait voir, provenant d'une femme affectée de cancer de l'estomac, des intestins et de la vulve, des masses mélaniques occupant les parois intestinales, le pancréas, les poumons, les glandes inguinales, et même le tissu des os, car vous avez vu une des côtes ramollie et dégénérée en mélanose dans toute son épaisseur. Une de ces

masses occupait un des hémisphères cérébraux et produisait l'hémiplégie. — Notre Président nous a fait voir encore le squelette de cette autre femme affectée de cachexie cancéreuse, et chez laquelle la plupart des os avaient acquis une mollesse cartilagineuse : le crâne était parsemé de points ramollis comme par l'action d'un acide concentré ; les os des îles étaient flexibles comme une feuille de carton.

Anatomie pathologique comparée. — Si vos relations ne vous offrent pas de fréquentes occasions de faire fructifier cette branche de la philosophie médicale, vous n'en profitez pas moins avec empressement des notions de ce genre que le hazard peut vous fournir. On vous a fait examiner l'estomac d'un cheval, estomac parsemé d'abcès sous-muqueux, dans lesquels fourmillaient de ces petits vers blancs, filiformes, appelés crinons. Notre Président pense que ces vers s'insinuent dans les cryptes muqueux où ils provoquent la formation du pus. – D'un kyste que contenait le foie d'un rat, vous avez vu sortir un vers plat, articulé, que sa forme et ses dimensions, à part sa petitesse, vous ont fait comparer au tœnia qui se rencontre dans le canal digestif de l'homme. — Le cancer, cette inexorable maladie, n'est pas l'apanage exclusif de l'humanité : vous avez vu les poumons d'un chien parsemés de masses cancéreuses, et la mamelle d'une chienne, affectée de squirre. Toutes ces pièces vous ont été présentées par M. *Jones.*

Messieurs, j'arrive au terme de cette longue énumération avec le sentiment d'être resté bien au dessous du mandat dont vous m'avez honoré. Cependant vous n'exigiez pas, dans ces esquisses rapides, l'exposé de toutes les circonstances nécessaires pour les rendre complètes et les revêtir de tout l'intérêt qu'elles comportent : vos bulletins suppléeront à l'insuffisance de cette ébauche. Il me suffira d'en avoir dit assez pour faire sentir à ceux qui ne partagent pas habituellement vos travaux, combien votre école

est fertile en précieux enseignemens. Il m'eut été facile de broder une pompeuse érudition sur un si large canevas, mais j'ai pensé que vos œuvres ont assez de prix par elles-mêmes pour n'avoir pas besoin d'ornemens étrangers. Avant de terminer j'aurais voulu pouvoir retracer les sentimens qui président à vos relations, peindre la modestie, la franchise et l'accord fraternel qui règnent dans vos conférences. Vierges de systèmes publiquement professés, vos esprits, aujourd'hui, ne recherchent dans les faits que la vérité pure. Plus tard, Messieurs, forts de vos lumières acquises, vous voudrez, à votre tour, vous élever à des conceptions générales, et prendre vos lettres de naturalisation dans la république des sciences; alors, loin d'affecter la morgue dédaigneuse de ces hommes si fiers d'avoir fait des livres, vous vous rappellerez, pour en faire votre profit, la douce aménité du savant qui nous préside, et qui, dépouillant, à notre égard, cette auréole de gloire scientifique émanée de ses précieux travaux, ne dédaigne pas de se mêler aux nôtres, et, par l'affabilité de ses procédés paternels, semble n'ambitionner près de nous d'autres titres que celui de *primus inter pares.*

Considérations anatomiques sur la distribution et la terminaison des nerfs de la main; par M. Camus (1).

A l'aide du procédé que nous avons mis en usage pour la dissection des nerfs cutanés, procédé qui consiste à retourner la peau de la main de manière à en faire un véritable gant sans couture, sur lequel les nerfs sont conservés, il nous a été facile de suivre ces nerfs beaucoup plus loin qu'on ne le fait communément.

Les nerfs de la main peuvent se diviser en nerfs qui vont se terminer dans la peau pour donner à cet organe la sensi-

(1) Lues dans la séance publique du 30 janvier 1834.

bilité dont elle jouit, et en nerfs destinés à imprimer à ses muscles les mouvemens nécessaires pour la mettre en rapport avec les objets dont elle doit apprécier les qualités tactiles. La terminaison des nerfs musculaires dans cette région étant la même que partout ailleurs, je ne m'y arrêterai pas, je dirai seulement un mot de leur distribution.

Les nerfs qui vont aux muscles de la main sont exclusivement fournis par le médian et le cubital; le premier fournit aux muscles de l'éminence thénar; le second à ceux de l'éminence hypothénar. Ces deux nerfs s'anastomosent pour former au devant des tendons des fléchisseurs une arcade nerveuse superficielle, d'où partent deux filets grèles qui vont aux deux premiers lombricaux: c'est par le médian que cette arcade se trouve en plus grande partie formée; tandis qu'il en existe une autre profonde située au dessous des tendons, des fléchisseurs et qui est fournie principalement par le nerf cubital, allant s'anastomoser dans le premier espace interosseux avec un filet du radial. Cette arcade profonde fournit un rameau à chaque muscle interosseux, un à la portion la plus interne du court fléchisseur du pouce, de telle sorte que ce muscle reçoit de deux sources, *médian* et *cubital*, et peut être considéré comme double, suivant la remarque de M. Chassaignac. C'est aussi de cette arcade profonde et non, comme le disent les auteurs, de l'arcade superficielle que naissent les filets grèles qui vont aux deux derniers lombricaux.

Les portions tendineuses placées dans la main ne reçoivent pas de filets nerveux. Dois-je citer comme une exception rare, la seule fois que j'ai vu le tendon du long fléchisseur du pouce recevoir dans le milieu de sa hauteur un filet grèle du médian.

Les nerfs cutanés, qui doivent plus particulièrement fixer notre attention, sont distingués en ceux de la face palmaire et en ceux de la face dorsale; le médian et le cubital four-

nissent à la première région dans la main ; le radial et la moitié environ du cubital se partagent la seconde. Les nerfs médian et cubital sont à la fois nerfs musculaires et cutanés jusqu'aux éminences thénar et hypothénar inclusivement. Le radial au contraire est exclusivement cutané à partir du milieu de l'avant-bras jusqu'à sa terminaison.

Des nerfs émanés de l'arcade palmaire superficielle, les uns se rendent dans l'angle de séparation des doigts ; les autres forment deux nerfs collatéraux pour chaque doigt. Avant d'arriver aux doigts, les nerfs collatéraux donnent une branche constante qui va s'anastomoser dans les quatre espaces interdigitaux avec une branche des nerfs radial et cubital, au dos de la main.

Parvenus à la base des doigts, les nerfs collatéraux n'ont pas diminué de volume, chacun d'eux fournit à la face palmaire et aux faces latérales des doigts, des filets nombreux qui se renflent depuis le lieu de leur séparation de la branche commune jusqu'à leur terminaison dans la peau. Leur mode de terminaison dans cette région diffère aussi de celui qu'on observe dans le reste du tissu cutané. Si l'on suit avec attention un de ces nerfs, on remarque qu'il plonge dans le derme sous un angle plus ouvert que dans toute autre partie, et que cet angle s'aggrandit à mesure qu'on approche de la pulpe des doigts : là, les filets nerveux quoiqu'assez volumineux, sont très courts, disposés en faisceaux divergens et paraissent formés d'une moins grande quantité de pulpe nerveuse, eu égard à leur volume, que dans le reste de leur trajet. Chaque faisceau se confond insensiblement avec le tissu cellulaire du derme sans qu'on puisse affirmer d'une manière positive qu'il le traverse pour venir former les papilles qui se remarquent sous l'épiderme. Nous n'avons trouvé aucune anastomose sur la ligne médiane de chaque doigt, comme l'ont écrit quelques anatomistes. Sur les côtés on trouve constamment une branche volumineuse anastomosée avec un des collatéraux

dorsaux qu'elle est destinée à remplacer à l'extrémité des doigts où ceux-ci n'arrivent pas. Cette branche supplémentaire manque au bord externe du pouce et au bord interne du petit doigt, où les collatéraux dorsaux existent pour toute la longueur de ces doigts.

Sur la face dorsale de la main, le nerf radial et la branche dorsale du cubital se partagent exactement les doigts dans leur distribution. Mais ici les filets plus grêles et moins nombreux qu'à la face palmaire, ne sont pas renflés à leur terminaison, n'offrent pas la disposition en houppe, et pénètrent le derme d'une manière bien plus oblique que nous n'avons eu l'occasion de le remarquer en parlant de ceux de la face palmaire. Je n'ai pu constater les anastomoses des branches dorsales sur la face dorsale des doigts, que M. Lacroix, notre collègue, dit avoir vues d'une manière distincte. Il résulte des dispositions que nous venons de vous exposer, que les trois nerfs principaux de la main, savoir *médian*, *radial et cubital*, communiquent d'une manière constante dans la paume de la main, dans l'angle de séparation des doigts et sur leurs faces latérales, tandis que ni avant ni en arrière on ne découvre d'anastomose sur la ligne médiane des doigts.

Outre les différences que nous venons de constater dans le mode de terminaison des nerfs sur la face palmaire et sur la face dorsale de la main, il en est encore une fort remarquable qui consiste dans la présence de petits corps que nous avons vu occuper exclusivementla face palmaire et la moitié antérieure des faces la térales des doigts. Voici ce qu'un examen attentif nous a permis d'observer relativement à leur manière d'être.

Sur le trajet des filets nerveux émanés des nerfs collatéraux, on rencontre de petits corps opaques, d'un blanc nacré quand ils sont récemment découverts, du volume d'une graine de moutarde, n'ayant de connexion intime qu'avec le filet auquel ils sont accolés. Malgré la difficulté

qu'on éprouve à séparer ces petits corps des filets nerveux, je suis assez souvent parvenu à reconnaître qu'ils se continuent supérieurement et inférieurement avec ces mêmes filets auxquels ils sont unis au moyen d'un filament très-ténu, à peine distinct du tissu cellulaire. Leur nombre est à-peu-près égal à celui des rameaux qui viennent des collatéraux palmaires; ils sont plus ou moins rapprochés de la terminaison des nerfs; mais, en général, après la production de ces petits corps le nerf ne se divise plus qu'une fois pour pénétrer sous forme de houppe le tissu du derme.

Les nerfs collatéraux eux-mêmes n'offrent rien de semblable. Les nerfs qui contournent les faces latérales des doigts, n'en présentent plus une fois qu'ils sont arrivés sur la face dorsale. Les branches nerveuses destinées aux muscles de la main, et qui viennent de la même source que les collatéraux, celles qui suivent dans leur trajet les vaisseaux qui sillonnent la peau, en sont totalement dépourvues. Ce que j'ai dit de la position de ces petits corps me paraît suffisant pour prouver qu'ils appartiennent aux nerfs de la région palmaire seulement, et non à tel ou tel nerf en particulier; c'est ce qu'il est encore facile d'inférer de leur absence sur les filets qui viennent de la branche dorsale du cubital. Ces sortes de ganglions sont-ils véritablement de nature nerveuse? Voici ce qui tendrait à l'établir. D'une part, l'eau pure n'altère en rien leur couleur, leur volume et leur forme; d'une autre part, quand on les fait macérer dans un mélange d'eau et d'alcohol, ils perdent leur brillant sans changer de forme et à peine de volume. Les petites vésicules graisseuses avec lesquelles ces corps pouvaient avoir de l'analogie, présentent un tout autre aspect quand on les y compare, et n'ont dans aucune circonstance des connexions aussi intimes avec les nerfs.

Je me suis assuré que les nerfs de la face plantaire pré-

sentaient aussi ces petits corps; ils y sont assez nombreux, surtout vers la racine des orteils; leur volume est cependant moindre qu'à la main, et, de même que dans cette région, ils sont exclusivement réservés aux filets grêles qui émanent des collatéraux des orteils depuis leur séparation jusqu'à l'extrémité du membre.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De la mort des nouveau-nés provenant de certaines dispositions du cordon ombilical; par le docteur KOHLSCHVETTER (1). (Extrait.)

On ignore quel fut le premier écrivain, dans la science des accouchemens, qui appliqua son attention à l'étude des diverses conditions du cordon ombilical qui mettent la vie du fœtus en péril dans le travail de l'enfantement, et quel fut celui qui chercha à les apprécier pour éclairer la médecine-légale. On ne trouve rien dans les auteurs anciens sur le cordon ombilical. Leurs connaissances ne s'étendaient pas au-delà de certaines notions sur sa ligature. Hippocrate paraît être le seul qui nous ait transmis quelques idées sur les obstacles que ce cordon apporte à la parturition lorsqu'il s'entortille autour du cou de l'enfant. Il faut arriver jusqu'au temps de Guillemeau et Louise Bourgeois, pour rencontrer des faits. Mais on ne commença à sentir la nécessité de l'étude de ces conditions, que dans le siècle de Mauriceau. Les ouvrages publiés dans presque tout le dix-huitième siècle attestent avec quel soin les auteurs ont recueilli les observations relatives à ce sujet, et quoiqu'ils n'eussent point une opinion

(1) *Quædam de funiculo umbilicali frequenti mortis nascentium causa. Commutatio physiologica-obstetricia. Auctore Otta* KOHLSCHVETTER. *Lipsig.* 1833; in-8.

bien juste sur les fonctions du placenta et du cordon ombilical, il était généralement reçu parmi eux que le fœtus périssait par l'interruption de la circulation de la mère à l'enfant. Cependant ce sentiment ne fut pas adopté par tous les écrivains de cette époque; il en est qui prétendirent que la compression du cordon n'entraînait aucun danger pour la vie de l'enfant, comme d'un autre côté des écrivains soutenaient que le placenta n'était pas l'organe de la respiration chez le fœtus. Dans ces derniers temps presque tous les praticiens se sont accordés à reconnaître du danger pour l'enfant dans les diverses conditions du cordon, mais ils n'ont pas admis le même genre de mort lorsqu'elle arrive. La médecine-légale a été circonscrite dans des questions relatives à la ligature, ou à l'absence de la ligature du cordon, quand il s'est agi de découvrir l'infanticide. Les discussions que la docimasie pulmonaire a fait naître, ont bien pu nous éclairer sur des questions qui appartiennent à notre sujet, mais elles n'ont jamais embrassé toutes celles auxquelles il donne lieu. Aussi sent-on vivement que les conditions du cordon ombilical n'ont pas été assez appréciées, et que leur étude n'est pas encore assez avancée pour jeter des lumières sur les décisions médico-légales.

Le cordon ombilical peut devenir une cause de mort pour l'enfant, 1.° par sa procidence, 2.° par les nœuds qui se forment dans son trajet, 3.° par ses circonvolutions autour des parties de l'enfant, 4.° par sa brièveté, 5.° par la disposition qu'il acquiert dans l'accouchement par les pieds. Le genre de mort qui survient alors est devenu une source de divergence parmi les auteurs. Les uns ont attribué cet événement à l'anémie, les autres à l'apoplexie, les troisièmes à l'asphyxie, ou mieux à l'abolition de la fonction pulmonaire; enfin, les quatrièmes, au manque de sucs nourriciers que le cordon ombilical ne peut plus transmettre au fœtus. Parmi ces diverses opinions nous ne nous occuperons que de celles qui ont joui de quelque renommée.

1.° *Anémie.* — Miuelhauser (1754) conseilla, dans la crainte que l'enfant ne mourût d'anémie, dans les cas de procidence du cordon ou pendant l'accouchement par les pieds, de couper le cordon et de le lier. Plus tard, Stolpert (1807) adopta cette opinion; suivant cet auteur, les tuniques des artères ombilicales ont plus d'épaisseur et de ressort que la veine, et le sang circule avec plus de force dans les premiers vaisseaux. Avec de telles conditions, les artères devront être moins exposées à la compression que la veine, et il arrivera que le sang sera poussé continuellement à travers les artères sans retour par la veine, et qu'une hémorrhagie fatale donnera lieu à l'anémie. Il pense que ce fait est démontré par l'état de pâleur de l'enfant et par des signes internes d'hémorrhagie. Les autopsies cadavériques n'ont point encore confirmé cette opinion. Wiégand était si convaincu de la perte du sang à travers les artères ombilicales, qu'il osa lier le cordon ainsi comprimé, et abandonner le travail à la nature. Il assure avoir vu naître un enfant vivant et plein de force, douze minutes après l'application d'une ligature sur le cordon. Dans un autre passage il avoue que l'apoplexie peut survenir si la compression du cordon est complète. Albert a pris aussi la défense de cette opinion : il pense que ce genre de mort est très-fréquent, et qu'il a lieu probablement dans les cas où l'on a cru reconnaître une apoplexie nerveuse. Dans un accouchement où il fut obligé d'appliquer le forceps, l'enfant, qui avait succombé à la lésion du cordon par la tension autour du bras, était couleur de cire. Il vit le sang jaillir à la section dn cordon, long-temps et avec force du côté du placenta. Cet organe était livide et engorgé. Les artères ombilicales, mais non la veine, étaient vides de sang. De cette observation, il a conclu que la rétention du sang dans le placenta avait produit l'anémie et déterminé la mort. — Cette observation ne peut point nous éclairer, puisque l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et que l'examen extérieur du

corps ne peut nous donner aucune certitude sur le genre de mort. Nous ne pouvons pas non plus admettre les différentes raisons qu'on a avancées pour soutenir cette opinion, car elles sont en opposition avec la théorie et l'expérience. Il est vrai que la pression du cordon a différens degrés, mais cette pression n'est pas telle que la veine soit seule comprimée sans entraîner la compression des artères ombilicales. Ces artères, par leur structure particulière, peuvent bien résister à cette pression, mais la veine a aussi cet avantage, tant par son volume que par l'abondance du sang qu'elle contient. La contexture du cordon, qu'un tissu cellulaire entoure et fortifie tout en servant d'enveloppe à ses vaisseaux, la disposition des vaisseaux eux-mêmes en spirale, leur entrelacement sur toute l'étendue du cordon, sont autant de conditions qui ne permettent point d'admettre de compression sur l'un de ces vaisseaux sans altérer les autres. Au reste le placenta ne peut être considéré comme un réceptacle capable de recevoir tout le sang du fœtus, et si les choses se passaient comme ces auteurs les ont admises, les battemens des artères ne nous donneraient plus la mesure des dangers de l'enfant, et nous conduiraient à un prognostic différent de celui que les événemens ont toujours confirmé : mais la preuve la plus importante qu'on puisse opposer à cette opinion, c'est que tous les enfans qui ont succombé par la pression du cerveau, n'ont jamais offert à l'autopsie cadavérique une déplétion des vaisseaux, car c'est le signe unique qui puisse démontrer que la mort a eu lieu par hémorrhagie. Albert est le seul auteur qui nous ait signalé comme signe de mort par anémie l'aspect du corps couleur de cire.

De la pléthore. — Les auteurs qui admettent ce genre de mort ne sont pas d'accord sur l'espèce de pléthore qui survient. Suivant les uns, elle serait générale, suivant les autres elle ne serait que partielle. Les raisons qu'ils fournissent pour faire adopter leurs sentimens, sont diamétra-

lement opposées à celles des écrivains dont nous venons de combattre l'opinion; car ici ce n'est plus la veine qui est comprimée, ce sont les artères seules qui sont soumises à cette pression. La veine, disent-ils, est protegée par la largeur de son canal, et par sa situation au milieu des artères. Avec de telles conditions, le sang arrive par la veine au fœtus avec abondance, remplit, distend les vaisseaux, et par sa trop grande accumulation finit par le faire périr. C'est ainsi que la mort du fœtus a été expliquée par Adoph, Ruhland, Faust, Gehler. Hebenstreit, Crone, Masius, n'ont pas entièrement adopté cette opinion, puisqu'ils reconnaissent que, dans quelques cas, la compression peut avoir lieu sur la veine. Les preuves que les auteurs donnent à l'appui de cette opinion sont la lividité du corps du fœtus, et les heureux effets de la saignée par le cordon. Les objections que nous avons produites plus haut, s'appliquent en partie à cette théorie; mais il en est d'autres qui n'appartiennent qu'à elle. Comme l'autopsie cadavérique et l'expérience ne permettent point de décider la question, car on n'a pas pu jusqu'à ce jour, et on ne pourra jamais, je pense, déterminer la quantité de sang contenu dans le fœtus, et comme l'engorgement des vaisseaux peut dépendre d'une autre cause, ces objections trouveront leur développement plus loin. La pléthore partielle a été différemment admise : les uns croient que l'accumulation du sang dans le cœur détermine la mort; les autres attribuent cet événement à un engorgement sanguin des poumons, engorgement qui s'oppose à l'accomplissement de leur fonction; d'autres enfin, à une congestion du cerveau. Suivant Waldkirch, l'apoplexie survient la première, et l'asphyxie n'est que secondaire. Avant que d'établir ces diverses opinions, les auteurs auraient dû ne pas oublier qu'il n'existait point d'obstacle mécanique à la circulation, malgré l'occlusion des vaisseaux ombilicaux. Le sang chassé par le cœur gauche est répandu, en traversant l'aorte, dans tou-

tes les parties du corps, et ramené par les veines dans l'oreillette droite; il se divise en deux colonnes, dont l'une s'échappe par le trou ovale, dans l'oreillette gauche, et dont l'autre arrive dans le ventricule droit, d'où le sang est lancé à travers l'artère pulmonaire, en partie dans les poumons, en partie dans le canal artériel, pour venir en dernier résultat se réunir avec le sang versé dans le ventricule gauche, par l'oreillette du même côté. La compression ne détermine d'autre effet mécanique dans la circulation que celui qui survient lorsque la veine et l'artère crurales sont liées; la circulation est arrêtée dans une partie, mais elle persiste dans toutes les autres. Ce qui prouve que la pression du cordon ne porte jamais d'obstacle à la circulation du sang, c'est que souvent les pulsations du cœur persistent au-delà de dix minutes chez les fœtus qui naissent dans un état d'asphyxie, à la suite de la compression du cordon. Les autopsies cadavériques ne peuvent point nous éclairer sur cette question, car les rapports de l'asphyxie avec l'apoplexie sont si étroits, que l'une de ces maladies entraîne avec elle toujours l'autre. En même temps l'une et l'autre laissent après la mort les mêmes lésions au cerveau.

De l'asphyxie. — Les rapports que la nature a établis entre le placenta et le fœtus cessent d'exister dès que la compression a arrêté la circulation du cordon ombilical. Avant d'agiter de nouvelles questions, il est nécessaire d'apprécier ces mêmes rapports, leur nécessité, et de savoir quel est le principe de vie que le placenta transmet au fœtus renfermé dans le sein de la mère. Hippocrate, Aristote, Galien, etc., avancèrent que le fœtus respirait dans la matrice. Plus tard le placenta fut considéré comme tenant lieu de poumon chez le fœtus. Cette opinion fut celle de Needham, d'Everard, Mazini, Hulse, etc. Dutrochet, Carus, Burdach pensent que, dans les premiers temps de la gestation, la vesicule ombilicale préside à la respiration, et

que plus tard le placenta est l'organe de cette fonction. L'objection principale qu'on a élevée contre cette doctrine, c'est que des enfans ont, d'après quelques observations, pu naître vivans, sans cordon ombilical ou plutôt sans connexion avec la mère. Mais en examinant attentivement les faits, on pourra se convaincre que la plupart ne méritent aucune croyance : plusieurs d'entr'eux ne sont que des exemples de rupture de cordon, ou des observations de monstres qui ont pu s'alimenter par des adhérences établies avec les membranes. La briéveté du cordon est quelquefois telle dans le fœtus vivant que le placenta paraît être comme fixé à son bas-ventre, et, qu'arraché de cet organe, le fœtus paraisse sans cordon. Telle est à-peu-près l'explication donnée par Meckel, Burch, et confirmée par une observation de Mende, pour se rendre raison de ce genre de faits. D'ailleurs l'existence du placenta, dans les exemples cités, démontre les rapports qui ont dû exister entre lui et le fœtus. Les expériences de Buffon et de Heister, celles que Haller a entreprises pour résoudre le problème d'Harvée, n'ont pas été confirmées par les observations d'Abernethy et de Müeller; il est constant que l'animal nouveau-né, plongé dans l'eau, peut rester plus long-temps que l'adulte sans respirer, mais ce temps ne peut être plus d'un quart-heure. S'il est vrai que des enfans ont été enterrés et retirés vivans de leur tombeau quelques heures après, il est probable que de l'air avait pénétré jusqu'à eux. La nécessité de la respiration chez le fœtus est prouvée par des exemples tirés de toutes les classes des animaux, depuis les plus simples jusqu'aux plus élevées. Il y a même nécessité de respirer pour tout corps qui contient en lui un principe de vie : l'œuf, couvert d'un vernis, *meurt*. La diversité de couleur de sang dans les vaisseaux du fœtus tient aux changemens que la respiration placentaire apporte dans ce liquide. Il est des auteurs qui ont nié cette différence de sang dans les artères et dans les veines; il en est qui la

constatèrent ; dans l'œuf incubé, elle fut reconnue par Haller, Ioerg, Müeller, Burdach et Nasse, dont le témoignage ne doit pas être douteux, car il ne partage point notre opinion dans toutes les autres parties de la doctrine. Müeller a vu dans les lapins se confirmer les observations d'Autenrieth et de Schütz. Dans les fœtus de brebis, il a remarqué une différence très manifeste entre le sang des veines et celui des artères. Le sang artériel du fœtus est plus vif que le sang veineux, et plus obscur que le sang artériel de l'adulte. Enfin, les phénomènes qui s'observent à la première respiration viennent encore confirmer notre opinion. La cause de la première inspiration n'est que le besoin que le fœtus éprouve de communiquer avec l'air atmosphérique, et de puiser un élément de vie qui lui est refusé du côté du placenta. L'instinct qui le porte à se relever vers le sein de la mère et à en comprimer le mamelon, est celui qui lui fait absorber l'air avec avidité. Une remarque importante à établir, c'est que si ce besoin n'est pas suffisamment provoqué dans le travail de l'enfantement, l'enfant est exposé à mourir. Tel est l'événement qui se montre quelquefois dans des accouchemens très-prompts. La respiration est incomplète, et a besoin d'être excitée pour devenir pleine et entière (1). L'antagonisme qui se montre entre le placenta et le poumon

(1) On a également attribué la mort de l'enfant, dans ce cas, à la compression du placenta par la matrice en contraction, et par suite à la suspension de la fonction de cet organe. Dans l'accouchement par les fesses, où l'expulsion est quelquefois si facile et si rapide que le cordon n'a pu être comprimé, il arrive que le fœtus présente pendant quelques instans tous les signes de la mort. Si cet état persiste, les battemens du cordon diminuent et cessent à la suite du décollement du placenta, et l'enfant périt. Dans ce genre de faits, la compression du placenta ne peut être invoquée, car l'enfant n'a pas été expulsé par des douleurs redoublées et persévérantes. L'explication que donne M. Kohlschvetter paraît préférable. Il est vrai que, pendant la contraction de la matrice, la compression qu'éprouve le placenta ralentit la circulation du cordon, mais elle n'est pas d'assez longue durée pour l'intercepter.

devient évident après la sortie du fœtus; l'un de ces organes peut suppléer à l'autre. A peine le sang n'est-il pas reçu par le placenta, qu'on le voit se porter vers les poumons. Il cesse d'y passer, il reprend son cours vers le cordon, si la nouvelle fonction vient à être suspendue peu de minutes après la naissance. Cette vérité a été mise hors de doute par les expériences de Carus. Béclard et Mayer ont vu des fœtus d'animaux encore renfermés dans leurs membranes, faire des efforts de respiration dès que le cordon était comprimé. Wiegand a noté que les pulsations du cordon devenaient plus rares à la mort du fœtus, pendant l'accouchement, et plus fréquentes, lorsqu'elle n'a lieu qu'après la sortie du fœtus. L'objection que Mende et Meissner ont faite n'est d'aucune valeur, car les battemens du cordon dépendant du cœur peuvent persister pendant quelques instans, quoique la respiration soit établie, et que le placenta ne remplit plus de fonction.

Maintenant il nous reste à démontrer la vérité de nos propositions par les découvertes que nous a données l'autopsie cadavérique. Pour ce travail, nous avons puisé dans tous les auteurs, consulté toutes les observations d'enfans morts soit pendant le travail soit après, ainsi que tous les faits relatifs à notre sujet; et en les réunissant avec ceux qui nous sont particuliers, nous avons suivi le conseil de Hunter, nous les avons comparés entre eux, pour pouvoir porter un jugement solide. L'enfant, qui a succombé, sans secours de l'art, à la suite d'une lésion du cordon dont les causes ont été exposées, se présente le plus souvent dans les conditions suivantes :

Examen extérieur du corps. — Le corps de l'enfant est souvent livide, mais il n'est pas rare aussi de le trouver pâle, le plus souvent avec des taches livides dispersées çà et là (Bosc, Zeller). Les ongles, les extrémités des doigts, la face sont livides, mais cela n'est pas constant. Les lèvres surtout partagent cette lividité. Le globe des yeux (Mende) et

la langue sont tumefiés, mais rarement saillans au dehors. La bouche et les narines sont couvertes d'un mucus sanguinolent. Le visage est souvent calme, comme celui de l'enfant qui dort. Les membres et surtout les doigts sont souvent spasmodiquement contractés, (Schmitt). La région épigastrique offre une légère tuméfaction (Wiegand).

Les tégumens communs du crâne étant enlevés, on découvre le plus souvent à la partie supérieure et postérieure des deux os du bregma, une gelée mêlée de sang extravasé, mais rarement de sang pur. Les os du crâne sont remplis d'un liquide rouge, comme s'il en avait été artificiellement injecté, les sinus veineux, les vaisseaux de la dure-mère, de la pie mère et du cerveau, sont si gorgés de sang, qu'une portion du cerveau légèrement comprimée se couvre de gouttelettes innombrables d'un sang noir. On trouve rarement à la base du crâne, ou à la superficie, très rarement encore dans les ventricules du cerveau, un épanchement de sang, et même d'un liquide gélatineux. Cette congestion sanguine vers le cerveau a conduit plusieurs auteurs à attribuer la mort à l'apoplexie. Cet état a été observé si souvent, et par presque tous les praticiens, que Girtanner a prétendu que c'était un état normal du cerveau dans ce genre de mort. Cependant Rœderer et Schwartz rapportent des exemples où les fœtus n'offraient aucune congestion au cerveau, quoiqu'ils eussent succombé par le fait des circonvolutions du cordon autour du cou.

On doit supposer dans l'examen de la poitrine que l'air n'a pas pénétré dans les poumons, ni qu'il y ait été insufflé. Le péricarde recouvre et cache les poumons. Il contient une petite quantité de fluide séreux; rarement cette quantité est plus grande. Le cœur est rempli abondamment d'un sang noir, qui se réduit rarement en une masse polypeuse. Les vaisseaux coronaires et les vaisseaux propres du cœur sont si engorgés, qu'ils ne pourraient pas être plus remplis

de cire par l'injection la plus heureuse. Les veines caves et les grandes veines sont toutes gonflées de sang. Les artères sont presque vides. Dans les adultes qui ont péri suffoqués, on trouve le cœur gauche vide de sang, tandis que dans le côté droit il y a une réplétion complète de ce liquide ; j'ai tenté d'examiner si on pourrait noter la même différence dans les nouveau-nés entre les oreillettes et les ventricules de l'un et l'autre côté. J'avais d'abord été conduit par deux observations, à penser que le cœur gauche était ordinairement plus engorgé de sang. Mais par un examen plus attentif, je me suis convaincu qu'il n'existait aucune différence entre l'un et l'autre cœure. Les poumons sont retirés en arrière de la cavité thorachique, ils sont comme le foie, denses, compactes, d'un rouge obscur ; ils descendent au fond du vase.

Mais ici s'élève une question relative à la congestion dans les poumons du sang auquel le cordon n'a pas livré passage. Bosc prétend que le sang s'accumule dans les vaisseaux pulmonaires. Loffler parait avoir la même opinion. Pape rapporte parmi les signes de suffocation, soit que la respiration se soit accomplie, soit qu'elle n'ait pas commencé, la lividité des poumons, et la suffusion du sang dans leur tissu. La congestion sanguine dans les poumons a été admise par Adophe Mendel, Oken, Classer, Muller, Bernt, Froebel. Mueller, s'appuyant de l'observation de Meyer sur des animaux qui, encore renfermés dans leurs membranes, faisaient des efforts de respiration lorsque le cordon était comprimé, prétend qu'il faut l'attribuer à une plus grande congestion du sang dans les poumons à travers lesquels le liquide cherche un nouvel élement de vie. Cette remarque sur les tentatives du fœtus pour respirer est confirmée par l'exemple des enfans dont les mères sont accouchées dans le bain, et dans lesquels on a trouvé la trachée et les bronches remplies d'eau, avec tous les signes de la mort par suffocation. On conçoit d'après la théorie, que la conges-

tion sanguine peut avoir lieu dans des poumons qui n'ont pas respiré. Mais on doit se demander si l'expérience justifie les prévisions de la théorie. Les trois faits que Jæger a empruntés à Albert et à Rœderer ne sont pas des preuves évidentes de cette opinion. Les observations de Fried, d'Osiander et de Schwarz peuvent faire admettre la possibilité d'une congestion insolite survenant quelquefois dans les poumons des enfans qui n'ont pas respiré, mais elles ne permettent point de la considérer comme un signe certain et constant de la mort par asphyxie des nouveau-nés. Cette question mérite encore d'être éclaircie par des recherches.

Le thymus est une glande d'une couleur si variable et d'un usage si incertain, que nous ne pourrons rien statuer de positif sur l'état qu'elle présente chez les enfans ainsi morts.

Le foie, dans les deux fœtus que nous avons disséqués, était si gorgé de sang noir, qu'il semblait n'être qu'une masse uniforme de sang coagulé. Cet état a été également constaté par plusieurs observateurs. Suivant Schafer, la couleur du foie du fœtus mort avant l'accouchement est intermédiaire à la couleur noire du foie du fœtus suffoqué, et à la pâleur de celui du fœtus mort d'hémorrhagie. Cette congestion remarquable de sang dans le foie, dont l'existence est attestée par des observations répétées, trouve son explication dans les fonctions de cet organe qui concourt à la respiration chez le fœtus; la structure et la disposition de ses vaisseaux favorisent encore l'affluence du sang dans son tissu. Les autres organes de l'abdomen ne fournissent point de signes constans de mort; quelquefois les grosses veines, mais rarement les petits vaisseaux qui entourent les intestins grèles sont gorgés de sang. La vessie a été trouvée tantôt pleine, tantôt vide. Le méconium n'a également fourni aucun signe. Le placenta est d'une couleur livide, comme putréfié, et pour ainsi dire privé, ainsi que le cordon, de vitalité.

Maintenant il nous reste à examiner quel sera l'événement qui surviendra de l'interruption de communication entre le placenta et le fœtus. Nous avons consideré cet organe comme tenant lieu de poumon chez le fœtus, et nous allons suivre cette analogie dans tous ses points. Le premier effet de la suspension de la respiration est un changement dans l'état du sang. Vient après la cessation des fonctions animales, et un peu plus tard de celles de la vie organique. La pulsation du cœur cesse, lorsque déjà depuis quelque temps les autres signes de la vie ont disparu, car la circulation du sang, soit chez le fœtus, soit chez l'adulte, ne s'arrête point en même temps que sa respiration. Si vous liez la trachée artère d'un animal, du sang veineux s'élancera à travers sa carotide ouverte, sans interruption, ce qui n'aurait jamais lieu, si lors de la suppression de la respiration, le poumon ne laissait pas passer le sang. Chez le fœtus, un obstacle à la circulation ne peut être également supposé; car, tout en admettant ses poumons imperméables au sang, les voies qui servent de moyens d'union entre l'un et l'autre système vasculaire sont encore ouvertes. La circulation du fœtus ne doit et ne peut-être changée sur le champ. Si la congestion sanguine dans le cerveau, la stagnation de ce liquide dans le poumon, et son accumulation dans le cœur ne sont point le résultat de la suppression de la respiration (et de la circulation ombilicale), il est nécessaire de chercher la cause de la mort dans le changement des propriétés du sang, dans le manque de sang artériel. Plusieurs auteurs avaient pensé que l'oreillette et le ventricule gauche ne pouvaient entrer en contraction que sous l'influence stimulante du sang artériel, et qu'aussitôt que le cœur était privé de son stimulus ordinaire, la mort devait survenir; mais les battemens du cœur persistent après la cessation de la respiration. La même objection se présente chez le fœtus, car la pression du cordon, tout en privant le cœur gauche de l'action sti-

mulante du sang artériel, n'arrête point les contractions de cet organe. Suivant Bichat, un certain mode d'influence existe spécialement entre le cerveau d'une part, pour la vie animale, le poumon ou le cœur, d'une autre part, pour la vie organique. L'action de l'un de ces trois organes est essentiellement nécessaire à l'un des deux autres. Comme toutes les fonctions vitales sont soumises à cette influence mutuelle du système sanguin sur le système nerveux, il arrivera que, par le changement de circulation et par l'altération du sang, ces mêmes fonctions ne pourront plus régulièrement s'accomplir; car les organes, dont l'action n'était entretenue et provoquée que par le stimulus du sang artériel, cesseront peu-à-peu leurs fonctions, lorsqu'ils ne seront pénétrés que de sang noir, et lorsque le système nerveux aura préalablement reçu la funeste influence de ce liquide. L'appareil musculaire du cœur est également soumis à cette loi. Le cœur ne se contractera plus, lorsque le sang noir se sera répandu dans tout son parenchyme. Le contact de ce liquide diminue l'action du ventricule gauche; mais la mort ne survient que lorsqu'il en a pénétré la substance. L'influence du passage du sang noir varie suivant la structure et la nature des organes, d'après les belles recherches de Nasse. Le sang artériel est principalement destiné à l'entretien des fonctions les plus élevées de la vie animale, soumises à l'empire de la volonté ou de la conscience, et le sang veineux à la nutrition et à la vie organique. Il n'est donc pas étonnant qu'à mesure que le sang se noircira, le cerveau et le système nerveux des organes centraux cessent les premiers de vivre et que les poumons, et enfin le cœur, soient les derniers à mourir.

Cette théorie nous rend raison de tous les phénomènes propres à l'asphyxie des enfans nouveau-nés. Elle nous explique pourquoi la stase du sang a lieu au cerveau, non seulement dans les gros vaisseaux, mais encore dans les plus petits; pourquoi la stase du sang se fait surtout remarquer

dans les parties les plus délicates, douées de plus de sensibilité, et composées d'un plus grand nombre de nerfs, comme à la face, aux lèvres, aux doigts, aux parties génitales, où elle nous est révélée par une couleur livide ; elle nous apprend pourquoi le cœur de l'enfant mort asphyxié est rempli des deux côtés d'une égale quantité de sang, ce qui n'a pas lieu chez l'adulte.

Addition. — Les questions de médecine-légale qui sont relatives aux diverses conditions du cordon ombilical dans le travail de l'enfantement, sont entourées de tant de difficultés, que leur solution ne doit être donnée qu'avec beaucoup de circonspection. Avant tout, on ne doit pas négliger de déclarer que la respiration vaginale peut avoir lieu. Les observations d'Osiander, de Meissner et de Retgen ne laissent aucun doute sur son existence. Il est probable que ce sera surtout dans les conditions exposées, qu'elle s'établira, et on en conçoit la raison, si on reporte son attention sur ce que nous avons dit de l'antagonisme qui existe entre le placenta et les poumons. L'insufflation artificielle du poumon donne encore lieu à de grandes difficultés; car s'il est vrai qu'il peut se former dans ces organes une congestion sanguine chez le fœtus qui n'a pas respiré, à la suite de la suppression de la circulation ombilicale, aucune valeur ne s'attache au signe certain que nous avions, pour distinguer si la respiration s'est accomplie, ou s'il y a seulement insufflation. C'est une des objections les plus graves que Jaeger ait produites contre la découverte de Plouquet. Rœderer et Knebel ont vu, et nous avons également observé, qu'un fœtus nouveau-né peut mourir après avoir respiré faiblement pendant quelques instans; en effet, le travail d'un accouchement laborieux peut enlever aux organes de la vie animale toute leur vitalité, sans arrêter les fonctions de la vie organique, qui, quoique persistant pendant quelque temps, ne peuvent la rétablir.

Après avoir considéré les diverses conditions du cordon

cordon ombilical, où la vie du fœtus est en péril, sous le rapport des signes généraux ou communs qui leur appartiennent, nous allons étudier ceux qui sont propres à chacune d'elles.

De la procidence du cordon. — L'existence des causes qui favorisent le prolapsus du cordon n'a de valeur que dans les cas où d'autres signes particuliers se montrent. Knebel et Bernt ont considéré comme signe de cet accident la contusion et la sugillation du cordon au point où la compression s'est faite. Ce qui tend à démoutrer cette assertion, c'est que Michaelis a observé, dans un cas de procidence, deux endroits du cordon rouges et sugillés. Mais ce signe n'est ni certain, ni constant : la pression du cordon le plus souvent n'est pas telle, qu'elle puisse donner lieu à des sugillations. Le médecin doit principalement porter son attention sur le lieu de la tête où il rencontrera les traces d'une tumeur sanguine, quoiqu'elle soit déjà effacée ; car les fœtus qui succombent dans les premières périodes du travail, ont cette tumeur de la tête placée dans le milieu de la suture sagittale, au lieu que chez des fœtus nouveau-nés elle se présente dans le quart supérieur et postérieur de l'un et l'autre pariétal. Enfin, il nous reste à noter que les fœtus, malgré la procidence du cordon, peuvent naître vivans, mais avec de telles conditions, qu'ils périssent, après avoir faiblement respiré. Knebel a rencontré des faits de cette nature. Mauriceau nous en rapporte deux exemples remarquables (1).

(1) Comme la mort, dans ce cas, a été diversement expliquée par les auteurs, je vais rapporter les observations de Mauriceau. On verra qu'elle est survenue, quoique les enfans fussent arrivés à terme et doués d'une forte constitution.

« Le 22 août 1698, dit Mauriceau, j'ai accouché une dame d'un enfant mâle, qui expira aussitôt que je l'eus reçu ; il s'était présenté la tête la première, qui était la posture naturelle qu'il devait avoir ; mais par un grand malheur pour cet enfant, c'était avec une continuelle sortie du cordon de l'ombilic, qui fut tellement comprimé par la tête de

Des nœuds du cordon ombilical. — Le nœud du cordon produit long-temps avant l'accouchement, laisse, dans l'endroit où il a lieu, des sillons comme traces de l'attouchement des parties qui le forment. Le cordon, au moment où il se dégage du nœud, se renfle un peu, il conserve une telle tendance à se maintenir noué, que si on le relâche et on le déploie, on le voit sur-le-champ revenir à son premier état. Il n'en est pas ainsi du nœud nouvellement contracté; une fois qu'il est déployé il ne laisse aucune trace. Aussi

enfant durant toute la longueur du travail, que cet accident fut cause de sa mort en naissant de la sorte; à quoi je ne pus pas remédier par toutes les précautions que je pus apporter pour repousser au dedans ce cordon qui se présentait toujours devant la tête, qui le repoussait continuellement au dehors à chaque douleur qui survenait à la mère; et comme ces douleurs étaient de très-mauvaise nature et peu efficaces, l'enfant fut tellement débilité par l'interception du sang dans ce cordon ainsi comprimé durant plus d'une grande heure, que ce fâcheux accident fut cause qu'il expira un quart-d'heure après être né de la sorte. J'aurais bien pu en cette occasion tenter de retourner cet enfant pour le tirer par les pieds, mais comme c'était un très-gros enfant, qui aurait rendu l'opération très-laborieuse, je n'eusse pas pu le faire sans mettre la mère en risque de la vie, aussi bien que l'enfant : c'est pourquoi je jugeai plus à propos de laisser venir l'enfant dans la posture où il s'était présenté, que de les mettre tous deux conjointement dans ce danger. » (Page 638, tome II.)

« Le 18 mars 1701, j'ai accouché une femme d'un gros enfant mâle, qui était si faible qu'il expira un quart-d'heure après, à cause que le cordon de son nombril avait été poussé dehors dans le temps que je n'étais pas chez elle, au moment que les eaux s'écoulèrent, qui firent sortir avec elles ce cordon; et quoique je l'eusse réduit au dedans aussitôt que je fus arrivé, n'y ayant pas pour lors une dilatation de la matrice, ni des douleurs assez fortes pour espérer un prompt accouchement qui aurait été nécessaire pour le salut de l'enfant, dont la tête comprimait cependant toujours ce cordon, quoique réduit, cela débilita tellement l'enfant, qu'il expira, comme j'ai dit, un quart-d'heure après être né de la sorte; parce que l'enfant ayant nécessairement besoin d'être vivifié par le sang de sa mère qui lui doit être communiqué durant tout le temps qu'il est en son ventre, s'il vient à en être privé par la forte compression de son cordon, il ne manque pas de périr en très-peu de temps. » (Tome II, page 651).

ne reconnaissons-nous que la mort est déterminée par un nœud qui s'est resserré durant le travail de l'enfantement, qu'à la plus grande brièveté du cordon.

De l'entortillement du cordon ombilical autour du cou de l'enfant. — La doctrine de l'entortillement du cordon offre bien des écueils au médecin-légiste; car ni l'expérience des poumons, ni la sugillation qui entoure le cou de l'enfant, ni les signes externes et internes de suffocation, ne permettent pas de décider si la mort du fœtus a été produite par accident ou par une main criminelle. Buttner cite un cas de cette espèce. L'enfant n'avait que six mois; une zône livide de peu d'étendue entourait le cou. Un exemple plus remarquable est rapporté par Jæger. Une femme accoucha secrètement d'un enfant qui vint au monde demi-asphyxié par le fait d'une double circonvolution autour de son cou, et fut accusée de lui avoir donné la mort par strangulation. Il existait au cou de l'enfant un sillon plus profond et plus étroit que celui que le cordon imprimerait. Il n'existait pas de sugillation. Les poumons étaient peu dilatés par l'air. Les cavités du crâne et du thorax contenaient beaucoup de sang. La question fut résolue avec sagacité par le collège des médecins de Wirtemberg, et cette décision fut confirmée par les aveux de la coupable. Dans l'observation de Servaès, on voit une mère criminelle se servir, pour la strangulation de son enfant, du cordon ombilical lui-même. Le fait raconté par Schwarz nous montrera encore d'autres difficultés: un enfant arriva au monde, mort, le cou étroitement serré par deux circonvolutions du cordon. La face s'était présentée la première. Une zône livide entourait le cou, et constituait un sillon sensible à la vue et au toucher. La face était un peu tuméfiée, mais non livide. Tout le reste du corps était couvert de taches livides. Les vaisseaux coronaires du cœur et du ventricule, l'oreillette droite, étaient gorgés de sang; l'oreillette gauche vide et flasque. Les poumons tombaient au fond de l'eau, paraissaient

gorgés de sang. Les veines du bas-ventre étaient tuméfiées par ce liquide ; le cerveau ne présentait point de congestion. Si vous ajoutez que l'enfant se présentant par la face et dans la condition la plus favorable à l'accomplissement de la respiration vaginale, aurait pu respirer, vous aurez alors tous les signes de la suffocation par strangulation. Aussi est-ce avec raison que Plouquet, Knebel, Henke, etc., ont considéré la solution des questions dans une pareille matière, comme très-délicate et épineuse. Suivant Adolphe Plouquet, Henke, Hinze, Platner, Bernt, le cordon peut imprimer par ses circonvolutions une zône livide au cou de l'enfant. Klein, Elsasser ont combattu cette opinion, et n'admettent point de zône produite par le cordon dans le travail de l'enfantement. Cependant l'expérience ne nous permet point de nier que des stries de sang peuvent quelquefois, mais rarement, se rencontrer sur le cou de l'enfant, à la suite de la pression produite par la circonvolution du cordon. Albert a observé une strie de couleur livide située à l'aisselle, de la longueur de sept lignes et de la largeur de deux lignes; mais une portion du cordon était comprimée. Schlegel a remarqué au cou d'un enfant qu'on avait fait périr, une excoriation livide. Scott a été appelé à juger dans un cas semblable. Il est important de prévenir, à l'exemple de Hedrich et de Clarus, qu'il peut survenir de la position du fœtus dans la matrice, de l'application de son menton sur la poitrine, et de la flexion du cou, un sillon, résultat du déplacement de l'enduit caséeux qu'on observe en abondance à cette dernière partie, sillon qu'on pourrait prendre pour l'effet de l'entortillement du cordon.

Enfin s'il existe une strie sugillée autour du cou, elle ne doit pas revenir directement sur elle-même; le sillon doit former un cercle dont les branches ne se réunissent point, mais s'entrecroisent, de manière que l'une s'échappe dans une direction, et l'autre en un autre sens. S'il n'en était pas ainsi, on devrait soupçonner une strangulation faite par

une main criminelle, et ce soupçon prendrait plus de force si les poumons étaient distendus par l'air et contenaient du sang, et si on observait tous les autres signes de vie après l'accouchement.

De la brièveté du cordon ombilical. — La décision du médecin ne doit pas même être énoncée, si le cordon qui, par sa brièveté, est considéré comme cause de la mort du fœtus, ne lui est pas présenté. Dans les conditions les plus favorables, son opinion ne peut pas être fixée; car les connaissances qu'il a acquises sur les rapports du cordon avec l'axe du bassin, sur les dimensions du fœtus, l'état du cordon lui-même, l'insertion probable du placenta dans l'utérus et sur tout ce qui regarde l'accouchement et la délivrance, ne lui permettent pas de prononcer si la tension du cordon dans le travail de l'enfantement a fait périr le fœtus, ou si cette mort tient à une autre cause.

De l'accouchement du fœtus par les extrémités inférieures. — Quoique cette espèce d'accouchement soit souvent fatale au fœtus, le médecin-légiste s'est peu occupé à constater les effets de ce genre de mort. Il est vrai que dans ce cas la respiration vaginale peut difficilement être admise. Cependant elle ne peut être niée; il peut y avoir aussi insufflation après la mort. Toutes ces circonstances appellent sur ce sujet l'attention du médecin. Dans l'observation rapportée par Pyl, on rencontre tous les signes de cet accouchement, et la question paraît avoir été bien résolue. Dans le cas cité par Butner, la sage-femme avait fait l'extraction du fœtus. Dans le rapport on a négligé la compression du cordon et la tension probable de la moelle épinière. Si on ne découvre dans un enfant mort aucune trace de violence, on pourra conclure que sa mort provient de l'accouchement par les extrémités inférieures, si, aux signes que nous avons exposés sur la mort déterminée par la pression du cordon, on observe une tuméfaction aux parties génitales, au scrotum, chez le fœtus mâle, et aux lèvres chez une

fille. On puisera encore de nouvelles connaissances dans les circonstances rapportées de l'accouchement, et dans l'examen des parties génitales de la mère.

De la luxation spontanée du fémur; par Dzondi (1).

La luxation spontanée du fémur présente, comme toutes les maladies inflammatoires, trois périodes distinctes, c'est-à-dire trois états successifs qui diffèrent entre eux, non-seulement dans leur essence, mais encore sous le rapport du pronostic, des chances de guérison, et du traitement applicable à chacun d'eux.

Dans la première période, dite période d'inflammation, l'on n'observe rien qu'une irritation inflammatoire qui occasionne l'afflux des liquides, et prépare la sécrétion du pus. Les symptômes soit internes, soit externes, ont alors peu d'intensité. Si, à cette époque, le mal est reconnu et traité convenablement, on peut compter sur une guérison complète qu'on obtiendra par les seuls moyens dynamiques.

La seconde période, ou période de suppuration, se distingue de la première en ce que, pendant sa durée, le pus commence à se former. Les symptômes locaux et généraux se prononcent davantage, principalement la douleur qui acquiert une grande vivacité. Alors, à l'aide d'un traitement bien dirigé, on peut espérer une guérison complète, mais lente, et qui exige toujours l'emploi de procédés mécaniques ou chirurgicaux, c'est-à-dire l'évacuation du pus par une ouverture artificielle.

La troisième période est celle du *fusement* du pus ou des altérations organiques. Dans cette période, le pus abandonne le point où il s'est formé, et se fraie un chemin vers l'extérieur. Dans ce déplacement il occasionne des lésions d'organes plus ou moins importans suivant la direction qu'il

---

(1) Extrait par le D.r Chambeyron, de l'*Allgmeine Medicinische Zeitung*. (Novembre 1833).

affecte. Alors le traitement le mieux entendu amène rarement une guérison complète. Le mal laisse toujours des traces plus ou moins profondes; quelquefois même la vie du malade est compromise. C'est l'état général et local qui décide s'il faut recourir à la chirurgie, ou se borner aux moyens médicaux.

Première période. — Dans la première période, la maladie se fait reconnaître d'une manière certaine aux signes suivans : claudication, douleurs, alongement du membre, enflure de la cuisse et difficulté de la fléchir.

La claudication qui, dans l'origine, ne se fait guère remarquer que par une démarche chancelante ou traînante, par l'affaiblissement et la promptitude à se lasser du membre malade, est le premier signe qui trahisse l'existence du mal chez les individus qui peuvent marcher. Assez souvent elle est accompagnée de douleur. L'irrégularité de la marche dépend de l'affaiblissement de la jambe dont les malades se plaignent toujours, de la crainte de réveiller la douleur, et, plus tard, de l'alongement du membre. Il faut donc observer d'un œil attentif la marche des enfans, surtout s'il leur arrive souvent de se plaindre qu'ils sont fatigués, de chercher à se reposer et à s'asseoir; car la claudication est quelquefois imperceptible et elle peut être méconnue pendant long-temps.

La douleur est un symptôme qui ne manque jamais, et qui souvent apparaît en même temps que la claudication. Elle a son siége dans le voisinage de la hanche, tantôt au niveau de l'articulation, tantôt au-dessus ou au-dessous, et fort souvent dans le pli de l'aine. Dans le principe elle n'est ni fixe ni continue, elle se tait par intervalles, ou bien change de place, mais bientôt elle se fait sentir constamment dans le même endroit, et ensuite s'étend peu à peu dans toute la cuisse. Elle a tous les caractères de la douleur rhumatismale. Ce sont tantôt des élancemens vifs et passagers, tantôt une sensation de brûlure et de térébration, tantôt

une pression sourde, ou même un sentiment incommode de malaise, de pesanteur, de tension où de tiraillement. Cette douleur a encore ceci de commun avec celle du rhumatisme, que la chaleur d'un lit de plume l'augmente, tandis que celle des fourrures ou de la laine semble la calmer, et qu'elle est, au moins dans les premiers temps, soumise à l'influence des variations atmosphériques. Quelquefois elle est si légère qu'elle ne s'éveille que par la pression; d'autres fois, au contraire, elle est violente dès le début, et accompagnée de la douleur au genou qui d'ordinaire appartient exclusivement à la seconde période. Chez les enfans qui ne parlent et ne marchent pas encore, ce n'est que par la pression et par l'examen comparatif des autres symptômes qu'on peut reconnaître l'existence de la maladie. Dans plusieurs cas la douleur est liée à une roideur très-prononcée, plus sensible le matin que pendant la journée: dans d'autres circonstances elle augmente pendant le jour par le mouvement, et devient insupportable le soir.

L'alongement du membre ne manque jamais, comme j'ai pu m'en convaincre par une expérience de trente années, quand il existe réellement une inflammation de l'articulation coxo-fémorale. Tant qu'il n'y a ni gonflement ni alongement de la cuisse, quand bien même il y aurait douleur dans le voisinage de l'articulation, il n'existe encore aucune inflammation des surfaces articulaires, et par conséquent aucun danger; il n'en est pas de même quand ces deux phénomènes se font remarquer. Pour bien juger de cet alongement on fait asseoir le malade sur une chaise, le plus en arrière possible. On a soin que les jambes soient portées parallèlement en avant, et que la ligne transversale du bassin, en arrière, fasse un angle droit avec celle des cuisses. On compare d'abord les deux genoux, et l'on observe si l'un d'eux fait plus saillie en avant que l'autre; ensuite, élevant à la fois les deux pieds, et les fléchissant fortement du côté du genou, l'on ramène les jambes dans la prolongation di-

recte de la ligne des cuisses; alors on compare les deux talons pour voir si l'un des deux dépasse l'autre. Quand l'articulation coxo-fémorale est réellement enflammée, l'alongement du membre malade existe toujours dans la première et dans la seconde période, il est d'un demi-pouce au moins chez les petits enfans, plus considérable chez les enfans plus âgés, plus considérable encore chez les adultes; quelquefois il excède un pouce. Cet alongement s'explique très-bien par la disposition de l'articulation et par le gonflement des parties molles, sans que l'os soit lui-même altéré. La tête du fémur est contenue dans une cavité profonde à laquelle elle s'adapte si exactement que, pour peu que son diamètre augmente, elle ne peut plus s'y loger, et tend plus ou moins à l'abandonner. C'est ce qui arrive aussitôt que le moindre gonflement survient dans les parties molles qui recouvrent la tête du fémur, ou dans celles qui tapissent la cavité cotyloïde, c'est-à-dire dans la membrane synoviale et dans le cartilage.

Comme l'inflammation de ces diverses parties est inévitablement suivie de l'augmentation de leur volume, elle entraîne aussi nécessairement le déplacement de la tête du fémur et l'alongement du membre. Pour se convaincre que les choses se passent ainsi, il suffit d'examiner l'articulation sur le cadavre d'un individu mort dans la troisième période, ou même de réfléchir à la disposition normale des diverses parties qui concourent à la former. On s'assure encore de l'alongement en faisant tenir le malade debout, ou bien, s'il s'agit d'un enfant, en le faisant asseoir sur une chaise ou sur une table; alors on se place derrière lui et l'on pose les deux mains sur les deux articulations de manière que les pouces portent sur les grands trochanters, et les doigts indicateurs ou medius sur les crêtes des os iliaques, et l'on s'aperçoit sur-le-champ que le grand trochanter du côté malade est situé plus bas et plus en dehors que celui du côté sain, et que par conséquent il se trouve à une plus grande distance de la crête iliaque. L'alongement de la jambe malade s'opère avec rapidité, quelquefois même

il a lieu tout d'un coup; mais il disparaît avec la même promptitude si l'on a recours de bonne heure à un traitement convenable. Cette circonstance prouve mieux que rien autre qu'il ne dépend pas du gonflement de l'os.

L'augmentation de volume des parties molles qui entourent l'articulation doit être considérée sous le rapport de la forme qu'elle revêt, des caractères qu'elle présente, de la position qu'elle affecte, et du degré qu'elle atteint. Pour bien apprécier sa forme, il faut considérer qu'elle dépend d'une double cause, savoir : de l'inflammation occasionnée par l'irritation rhumatique et du déplacement de la tête du fémur et du grand trochanter. L'enflure primitive se reconnaît par la simple inspection comparative des hanches et par une légère pression; l'enflure secondaire, celle qui dépend du déplacement en bas et en dehors du grand trochanter, s'apprécie aisément à l'œil, en tirant une ligne droite qui prolonge celle de l'épine du dos. Alors on voit distinctement que le côté malade est plus large que le côté sain, et que la fesse du même côté est un peu plus basse. En outre l'os de la cuisse, dans le voisinage du grand trochanter, et le trochanter lui-même, semblent avoir acquis plus de volume. Si l'on regarde latéralement la hanche malade on voit aussi qu'elle est plus forte et plus large.

Le gonflement produit par le déplacement des os occupe toujours le même point, il ne diffère que par le degré. Celui qui résulte de l'irritation rhumatique a son siége au-dessus, au-dessous, en avant, en arrière, au centre même de l'articulation, ou dans toute sa circonférence. Ce dernier cas ne se présente que rarement, lorsque l'inflammation est très-vive et qu'elle a déjà duré quelque temps. Le caractère de l'enflure varie suivant le siége primitif de l'irritation locale rhumatique. Une enflure molle, flasque, prouve que l'irritation a débuté par la capsule articulaire; si elle est ferme, résistante, on peut assurer que l'irritation a commencé par le périoste, soit de la tête du fémur, soit de la cavité cotyloïde; une tension élastique

annonce que les interstices musculaires sont le siége primitif de l'irritation. Ce n'est que dans la seconde et dans la troisième période qu'on observe l'empâtement et le gonflement œdémateux.

Quant à la place qu'occupe l'enflure, c'est assez souvent la capsule articulaire elle-même, mais il n'est pas rare non plus de la voir se développer sur un point quelconque du pourtour de la cavité cotyloïde. Quelquefois c'est l'os du fémur qui est envahi le premier, et alors il est assez ordinaire de rencontrer les premières traces de gonflement derrière le grand trochanter. Dans tous les cas cette apophyse est assez tuméfiée pour que cela seul fasse reconnaître la maladie. Le degré de tuméfaction s'apprécie par la comparaison des deux hanches, en ayant égard aux deux causes distinctes que j'ai signalées.

La difficulté de fléchir la cuisse est une conséquence du déplacement de la tête du fémur qui tend la capsule articulaire en même temps que l'irritation dont elle est le siége la raccourcit. On doit bien se garder d'imprimer des mouvemens étendus à l'articulation, et de chercher à vaincre la résistance qu'on éprouve, car on s'exposerait à faire sortir la tête du fémur de la cavité cotyloïde, et à produire une luxation.

Quelquefois la maladie débute sans mouvement fébrile; mais quand l'inflammation est intense elle s'accompagne toujours d'une fièvre qui dans l'origine est de nature rhumatique.

La durée de la première période varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs années. Elle peut ne pas excéder neuf, sept et même trois jours, quand l'irritation rhumatique agit avec force, par exemple, lorsqu'un refroidissement notable et subit a succédé à une transpiration abondante, et que la constitution du malade réagit énergiquement. Quand l'irritation primitive est plus modérée, des semaines et même des mois peuvent s'écouler avant que la suppura-

tion se déclare, surtout si l'organisme réagit avec mollesse. Enfin, le mal peut même devenir chronique, et rester indéfiniment stationnaire à la première période.

On range parmi les causes de la luxation spontanée, les agens morbifiuqes mécaniques, les chutes, les coups, les tiraillemens, les distensions, etc., la disposition scrofuleuse ou les scrofules déclarés; l'infection des liquides par la syphilis; *l'acrimonie* goutteuse. Mais je dois avouer hautement que, parmi les cas nombreux que j'ai vus depuis trente ans, il ne s'en est pas présenté un seul où la maladie pût être attribuée à l'une de ces causes. Les inflammations de l'articulation coxo-fémorale, accompagnées de claudication, qui sont le résultat de violences, comme des chutes, des coups, etc., diffèrent totalement de la luxation spontanée. Celle-ci reconnaît toujonrs pour cause, à mon avis, une irritation rhumatique, c'est-à-dire, la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment ou ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. Eu général, dans les cas où une irritation de cette nature détermine l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, ce n'est pas le corps entier qui se trouvait exposé à l'action d'un air froid et humide, mais seulement la partie qui doit être le siége du mal, et qui était accidentellement dans un état d'excitation, d'élévation de température, et de transpiration abondante. Les bonnes d'enfans lorsqu'ils ne marchent pas, les asseoient souvent sur le sol frais et humide, surtout dans les jardins, après les avoir tenus plus ou moins long-temps sur le bras. Cette position sur le bras de la bonne ou de la nourrice échauffe chez ces enfans, le voisinage de la hanche, et augmente la perspiration cutanée de ces parties; si on les place ensuite le derrière tout nu, comme cela arrive d'ordinaire, sur la terre ou sur l'herbe, il est inévitable que la transpiration soit brusquement supprimée. Quand les enfans peuvent courir, et sont dans l'âge où ils aiment à se livrer

à des jeux fatiguans et qui provoquent une sueur abondante, il leur arrive souvent de s'asseoir sur le sol pour se reposer. Ce sont encore, dans ce cas, les parties qui viennent de faire le plus de mouvemens, et qui sont actuellement le plus baignées de sueur, qui sont exposées à l'action nuisible d'un sol humide et froid. Enfin, les adultes de la classe laborieuse, surtout les habitans de la campagne, s'asseoient à demi-vêtus sur la terre humide et fraîche, s'y laissent même aller au sommeil, et s'exposent ainsi au refroidissement subit des parties mises en contact avec le sol. Aussi la luxation spontanée est-elle fort commune en Hollande, où le sol est toujours humide. Dans l'intérieur des habitations c'est presque toujours sur le plancher qu'on place les petits enfans, sans réfléchir que c'est l'endroit le plus froid, le plus humide, le plus malsain de l'appartement. On les y pose, soit au sortir de leur lit bien chaud, soit après qu'ils ont été échauffés sur les bras de leur nourrice, et on les y laisse des heures entières exposés aux vents conlis qui circulent d'une porte à l'autre ou de la porte à la croisée. Souvent on voit de très-jeunes enfans assis sur le seuil des portes extérieures, y passer la majeure partie de la journée à jouer avec leurs camarades en butte à un courant d'air continuel. Il en est de même de ceux que leurs nourrices asseoient sur les fenêtres, le dos tourné du côté des vitres. L'habitude de laver les enfans avec une éponge au lieu de les mettre dans le bain, est encore pour eux une source d'accidens plus ou moins graves. Enfin, je dois signaler encore l'humidité dans le linge, les langes, les couches, l'air et l'habitation, comme des causes fréquentes de maladie.

Le siége primitif du mal, dans la luxation spontanée, n'est jamais, ni le centre de la tête du fémur, (*carie centrale*), ni la membrane synoviale, ni le fibro-cartilage, ni les glandes synoviales ; et quoiqu'il soit assez variable, il n'en est pas moins certain qu'il est toujours placé à l'ex-

térieur de la cavité articulaire, et jamais dans son intérieur. Les ouvertures de cadavres ont accrédité l'opinion contraire parce qu'elles ne sont guères pratiquées que lorsque la maladie a atteint sa troisième période, et qu'alors toutes les parties de l'articulation ont été successivement altérées. *Le siége originel de l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale est la surface extérieure de la capsule articulaire ; ainsi que les parties fibreuses qui l'avoisinent, aussi bien le périoste qui entoure la circonférence de la cavité cotyloïde que celui qui recouvre la partie supérieure du fémur.* Ainsi donc un espace circulaire qui s'étend à un pouce en tous sens autour du rebord de la cavité articulaire, et, sur le fémur, jusqu'au grand trochanter, est le champ dans lequel est circonscrite l'inflammation de l'articulation. Ce champ, dont la superficie est de plusieurs pouces carrés, ne s'enflamme pas d'ordinaire dans toute son étendue à la fois. Le plus souvent l'irritation est d'abord concentrée dans un point, soit sur une partie de la capsule, soit dans le périoste de l'os iliaque, au pourtour de la cavité cotyloïde, soit enfin dans le périoste du col du fémur; ou sur le grand trochanter; ensuite elle s'étend circulairement, mais avec une intensité moindre, à tout l'espace indiqué plus haut.

Suivant les observations que j'ai eu l'occasion de recueillir, les cas où le périoste est affecté le premier sont aussi nombreux que ceux où le mal débute par la capsule. Quelquefois même, au milieu de désordres considérables, occasionnés par de vastes collections purulentes dont la source était dans le périoste, j'ai vu la capsule intacte, la cavité articulaire sans traces de pus, la membrane synoviale et le cartilage parfaitement sains, quoique, pendant la vie, tous les symptômes de la luxation spontanée eussent existé.

Dans le principe, comme je l'ai déjà dit, c'est seulement la surface extérieure de la capsule qui est envahie. Quand l'irritant rhumatique a peu d'énergie, et que d'ailleurs la

réaction est faible, l'inflammation ne pénètre pas jusque dans le tissu de l'organe. Alors même elle ne revêt jamais le caractère d'une inflammation tranchée, mais elle reste à l'état d'irritation inflammatoire. Une douleur et un gonflement médiocres, un alongement peu sensible de la jambe et une claudication légère sont les seuls phénomènes morbides qu'on observe; pendant des mois et même pendant des années, ils restent parfaitement stationnaires. Si au contraire, l'irritant rhumatique agit avec force, si les parties affectées réagissent énergiquement, le principe morbide pénètre dans le tissu de ces parties, les enflamme et les altère profondément. Le périoste est détruit en peu de jours au point que la sonde va frapper l'os entièrement dénudé; la destruction de la capsule exige plusieurs semaines. Au reste la rapidité avec laquelle ces altérations se développent dépend de l'intensité de l'inflammation et du traitement qu'on lui oppose.

Dans la première période, le pronostic est en général favorable si le traitement est bien dirigé; et il ne reste aucune tendance à la récidive.

Les moyens à l'aide desquels on se propose de maîtriser, d'expulser l'irritant rhumatique, et qui peuvent être employés, même par les personnes étrangères à l'art, sont les suivans:

1°. *Bains tièdes ou chauds.* Les bains doivent être pris en commençant à 26 ou 28 degrés (Réaumur) et, dès que le malade y est plongé il faut élever rapidement la température. Pendant la durée du bain, qui doit être d'une demi-heure à une heure, il faut faire boire au malade de l'eau chaude, et lui frotter avec du son tout le corps, surtout l'articulation malade, la région sacrée et la cuisse. Au sortir du bain, on l'entoure d'un drap bien chaud et on le porte dans son lit sur lequel on a étendu d'avance une couverture de laine, dans laquelle on l'enveloppe avec soin, parce que la chaleur de la laine, ainsi que celle des fourrures est

très-favorable à la peau. Selon l'efficacité du premier bain, les suivans sont administrés tous les jours ou tout les deux jours. Si la suppuration a déjà commencé les bains sont inutiles, et même la chaleur augmente la douleur locale. Si donc le premier bain exalte la douleur de manière qu'elle persiste avec une certaine intensité, c'est la meilleure preuve qu'on puisse avoir que le mal est arrivé à sa seconde période.

2°. *Boissons chaudes.* Eau chaude pure, ou infusion théiforme de sureau.

3°. *Élevation de la température locale et excitation des parties malades.* Le premier résultat peut être obtenu par l'usage d'étoffes de laine, de flanelle par exemple; on arrive au second en recouvrant la hanche d'une peau fine, et de taffetas ciré commun. Les peaux à longs poils, comme celle du chat, développent une trop grande tension électrique, et favorisent moins une douce transpiration que les peaux de jeunes agneaux qui sont très-fines et recouvertes d'une laine courte et frisée, surtout si on les emploie concurremment avec le taffetas ciré. Ces fourrures agissent non-seulement en élevant la température locale et en favorisant la transpiration, mais encore par leur tension électrique.

4° *Observation des règles hygiéniques pour l'appartement et pour le lit du malade; vêtemens de laine, de flanelle, immédiatement appliqués sur la peau de tout le corps; soin d'éviter tout mouvement, tout effort du membre malade.* Par ces moyens simples auxquels on peut ajouter vers le troisième jour, mais non auparavant, un petit vésicatoire à la cuisse, au-dessous du grand trochanter, on arrête, neuf fois sur dix, la luxation spontanée à son début.

Cependant l'irritation inflammatoire ne cède pas toujours à cette médication peu énergique, surtout quand elle n'est pas employée à temps, quand le refroidissement a

été considérable, et que l'action de la peau est faible. Il faut alors recourir aux moyens suivans.

Je me suis convaincu, par de nombreuses expériences, que non-seulement dans l'inflammation rhumatique de l'articulation coxo-fémorale, mais encore dans toutes les maladies qui dépendent d'une cause analogue, principalement quand elles ont les yeux pour siége, aucun remède n'est plus efficace, au moins au début de la maladie, que le tartrate antimonié de potasse, seul, ou mieux encore combiné avec l'opium, surtout quand la douleur est très-vive et qu'il y a tendance au dévoiement. Il va de soi-même que la dose d'opium doit être proportionnée à l'âge. Elle est, pour les tout petits enfans, d'un cinquième de grain. La dose d'émétique doit toujours être forte comparativement, et répétée tous les quarts-d'heure; ordinairement je fais dissoudre onze grains d'émétique dans six onces d'eau distillée, et je fais prendre cette solution par cuillerées à bouche aux adultes, par grandes ou petites cuillerées à café aux enfans, suivant leur âge.

Sudorifiques. — Indépendamment des moyens diaphorétiques indiqués ci-dessus, j'emploie la poudre de Dower à la dose de 2, 5 ou 8 grains, dans une boisson chaude; je répète la dose d'heure en heure jusqu'à ce qu'il s'établisse une sueur abondante.

Narcotiques. — J'ai en outre recours à l'opium comme moyen propre à calmer la douleur; car c'est un fait démontré par l'expérience, que, tant qu'il existe une douleur intense, non-seulement le rétablissement de l'activité organique normale est impossible, mais encore les remèdes les plus énergiques restent sans influence sur l'organisme. Je fais prendre l'opium à l'intérieur aux adultes, à la dose de deux grains par heure, jusqu'à ce que la douleur soit calmée. Chez les petits enfans je fais frictionner la hanche malade avec la teinture d'opium, d'heure en heure, jusqu'à ce que l'effet narcotique soit produit. Quelquefois aussi je

l'emploie de la même manière chez les grandes personnes.

Le mercure peut être administré à l'intérieur sous la forme de calomel, à l'extérieur sous celle d'onguent, mais seulement dans un petit nombre de cas, quand les moyens indiqués ci-dessus ont échoué faute d'être appliqués à temps; ou bien quand l'inflammation dure déjà depuis long-temps et menace de passer à la seconde période.

Les saignées locales et générales, les applications froides, ou chaudes et humides, les purgatifs et tous les autres moyens qui tendent à affaiblir l'activité de la peau, ne sauraient, à mon avis, trouver ici leur application; l'emploi du cautère actuel est au moins inutile.

Deuxième période. — De nouveaux symptômes viennent se joindre à ceux de la première période qui persistent encore, bien que leur forme ait changé; l'époque de transition est annoncée par l'apparition d'une douleur vive au genou, qui se lie à celle de la hanche, devenue pulsative, et la surpasse souvent en intensité. Plus l'inflammation est violente, plus la douleur du genou est énergique; plus cette douleur est intolérable, plus la sécrétion du pus est rapide. Le temps le plus court que j'aie vu s'écouler entre l'apparition de la douleur au genou et la manifestation de la suppuration, a été de trois ou quatre jours. Quelquefois la douleur du genou débute en même temps que celle de la hanche, ou peu de jours après. Alors la première période est fort courte, et la suppuration peut avoir lieu le 4.e ou le 5.e jour de la maladie.

Cette douleur au genou, qui prive le malade de sommeil et le tourmente bien plus que celle de la hanche, est le résultat de la sympathie qui existe entre les organes fibreux, sympathie dont nous avons plusieurs exemples, mais qui cependant n'est pas encore assez démontrée.

La claudication, l'alongement du membre, la difficulté de le mouvoir se prononcent davantage, au point que souvent le malade ne peut plus se soutenir sans béquilles.

En même temps l'enflure acquiert plus d'étendue et de

volume; on voit surtout s'élever le point au-dessous duquel le pus est profondément situé; on perçoit facilement la fluctuation en pressant alternativement avec les deux doigts indicateurs placés à une distance convenable l'un de l'autre.

La sécrétion du pus marche en raison directe de l'intensité de l'inflammation et de l'énergie de la réaction. Quelquefois il s'écoule 8, 10, et même 14 jours avant qu'il se soit formé une collection purulente d'un certain volume. La présence du pus est annoncée : 1° Par la douleur vive, le plus souvent pulsative, qui s'est fait sentir à l'avance dans le lieu même où se forme la collection; 2° par la douleur aiguë du genou; 3° par la mollesse des tissus autour du foyer et par la fluctuation; 4° par le caractère œdémateux que revêt le gonflement, surtout au dessous du même foyer : je ne saurais affirmer que cet œdème se manifeste le jour même où la collection commence à se former, mais il suit de près cette époque, et l'indique d'une manière positive. 5°. La diminution de la douleur est l'indice de la parfaite formation du pus; ce liquide, ténu, âcre et comme corrosif, est toujours fourni, au moins dans les premiers temps, par l'extérieur de l'articulation et des organes fibreux, soit par la capsule articulaire, soit par le périoste voisin.

La durée de la seconde période est soumise aux mêmes conditions que celle de la première, et varie suivant la qualité plus ou moins irritante du pus. J'ai rencontré certains cas dans lesquels le pus, dès le cinquième jour de sa formation, avait déjà tellement rongé le périoste, que j'ai reconnu au moyen de la sonde une dénudation complète de l'os, dans l'étendue de plus d'un pouce. Dans d'autres circonstances, il n'avait occasionné aucune altération après un séjour de six semaines, et n'avait pas encore abandonné son foyer primitif.

Le pronostic est loin d'être aussi favorable que celui de

la première période ; il est cependant d'autant moins fâcheux que les secours convenables ont été administrés plus à tems. Si l'on ouvre une issue au pus, dès que la collection est formée, on obtient assez promptement une guérison solide. Dans quelques cas malheureux la guérison complète se fait attendre des mois et même des années.

Le but du traitement, dans la seconde période, est d'expulser l'agent rhumatique qui, vraisemblablement, se trouve alors concentré dans le pus, et par suite d'obtenir la disparition de l'inflammation. Le premier de ces deux résultats ne peut être obtenu que par l'incision. Cette opération, en même temps qu'elle procure l'évacuation du pus, détruit la cause de l'inflammation, et remplace les moyens dynamiques, dirigés vers le même but dans la première période. Elle est donc, non pas un simple moyen palliatif, mais l'agent d'une cure radicale, car si elle ne peut enlever l'inflammation en un clin d'œil, elle en annulle du moins la cause; et c'est là le principal. Elle est encore le seul moyen efficace, sans même en excepter l'application du fer rouge. Elle doit être pratiquée le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt que la formation de la collection purulente est certaine ou même très probable. On la pratique dans le point où la fluctuation se fait sentir, ou bien, s'il n'y a pas de fluctuation, dans le point où existe la douleur pulsative. Il faut se servir pour cette opération, non d'une lancette, mais d'une rondache, de celles qu'on appelle vulgairement bistouris de Vienne. (1) Le couteau doit être tenu de manière que la lame soit autant que possible parallèle à la surface de la peau; puis, à mesure que le tranchant convexe pénètre dans les parties, le manche s'élève en décrivant un arc de cercle, tellement qu'à la fin de l'opération l'instrument se trouve dans une position perpendiculaire à la membrane fibreuse sur laquelle le pus repose ordinairement. Il se rencontre toujours au moins au-dessous de

(1) Bistouri convexe sur le tranchant.

l'aponévrose cruciale, et par conséquent il faut plonger le bistouri profondément jusqu'à ce que le pus s'écoule au dehors sur la surface de la lame.

Pour assurer l'entier écoulement du pus dont la sécrétion se continue encore pendant quelque tems, il suffit de placer dans la plaie, pendant deux ou trois jours, une mêche de linge effilé qu'on fait pénétrer jusqu'au fond du foyer. Ensuite on peut se contenter d'une simple application de charpie enduite d'huile ou d'autre onguent simple, uniquement pour prévenir le contact de l'air.

Le pus ne tarde pas à ne plus couler que goutte à goutte; seulement d'intervalle en intervalle il s'en écoule une plus grande quantité à la fois, surtout si la transpiration se trouve supprimée. Ensuite l'écoulement du pus cesse complètement pendant quelques jours, et la petite ouverture se ferme; de temps en temps, elle se rouvre d'elle-même, donne issue à un suintement purulent, et finit par se cicatriser d'une manière définitive.

Il faut en outre seconder les efforts que fait la nature pour éliminer l'inflammation, par l'application des moyens déjà recommandés dans la première période, principalement des bains tièdes, des linimens faits avec l'ammoniaque et la teinture d'opium, de l'onguent mercuriel associé à l'opium, ou enfin du calomel, combiné aussi avec l'opium, et administré à doses petites et peu rapprochées. Quand la douleur de la hanche et celle du genou sont calmées, car elles disparaissent en général après l'évacuation du pus, on peut employer localement, pour faciliter le retour de la mobilité, d'abord l'onguent gris associé à l'opium, et plus tard, quand la plaie est guérie, un emplâtre composé avec l'ammoniaque et le vinaigre scillitique, qu'on laisse en place durant quelques semaines. On exige que le malade se serve d'une béquille et ne s'appuie jamais sur la jambe malade. Ceci est important et doit être observé jusqu'à ce que l'extension complète de la jambe soit

devenue facile. Du reste, le temps que l'ouverture, pratiquée pour donner issue au pus, met à se fermer après l'écoulement de celui-ci, varie de quelques jours à plusieurs mois.

Sont inapplicables, dans le cours de la deuxième période, les maturatifs, les fondans, les révulsifs, et les vésicans.

IIIe *Période.* — La douleur de la hanche et celle du genou persistent encore, bien que leur intensité soit moindre, au commencement de la troisième période; celle du genou disparaît ensuite et quelquefois même celle de la hanche disparaît aussi. D'autres fois elles persistent toutes deux avec assez de violence, ou revêtent le caractère périodique.

L'enflure s'accroît d'abord dans cette période, à cause de l'accumulation du pus. Mais quand celui-ci commence à abandonner son foyer primitif et à détruire les parties environnantes, elle quitte aussi le point où elle s'était montrée d'abord, et elle suit dans son déplacement la même direction que le pus. Si ce liquide se fraie un chemin dans la cavité articulaire, elle abandonne son siége primitif sans reparaître ailleurs, jusqu'à ce que, la quantité de pus augmentant toujours, les tégumens soient de nouveau soulevés. Quand l'inflammation et la suppuration ont débuté par le pli de l'aine, l'enflure se porte en avant, et descend avec le pus le long de la cuisse. Elle perd ensuite sa dureté, et les parties reviennent à l'état naturel, sauf un peu de fluctuation à l'endroit qui correspond au foyer purulent.

C'est dans cette période que survient le raccourcissement du membre qu'on attribue d'ordinaire à la sortie de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde, mais qui reconnaît en outre les causes suivantes :

1° L'irritation sympathique du col du fémur occasionne le changement de direction de cette partie, qui vient à former un angle moins ouvert avec le corps de l'os.

2° L'amincissement des cartilages articulaires et des

membranes synoviales détermine à lui seul un raccourcissement d'un tiers de pouce.

3° L'altération de la cavité articulaire et celle du col du fémur qui se raccourcit, se déforme, et devient rugueux, anguleux, etc., produisent encore un raccourcissement d'un demi-pouce à trois-quarts de pouce.

4° Le fémur lui-même s'altère et se raccourcit d'un demi-pouce à un pouce.

5° Le raccourcissement le plus marqué résulte de la sortie de la tête de l'os hors de la cavité articulaire, et varie de un à deux pouces.

6° La destruction des cartilages articulaires et de la membrane synoviale peut donner un raccourcissement de trois-quarts de pouce, qu'il y ait ou non soudure et ankylose.

7° Enfin la perforation du fond de la cavité cotyloïde, et le passage de la tête du fémur dans l'intérieur du bassin sont encore une nouvelle cause de raccourcissement.

Les altérations locales qu'on rencontre sur les cadavres d'individus morts dans la troisième période de l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale doivent être simplement considérées comme des suites du déplacement du pus corrosif que la nature s'efforce de rejeter hors de la sphère de l'organisme. Voici quelles sont ces altérations. 1° La suppuration du tissu lamineux inter-musculaire; 2° la perforation des aponévroses et des tégumens, au moyen de laquelle le pus se fraie une route au dehors; 3° la destruction des parties fibreuses sur lesquelles repose le pus, notamment du périoste du fémur, de celui du pourtour de la cavité cotyloïde, et de la capsule articulaire; 4° la dénudation de l'os, la nécrose ou la carie consécutive de la partie de l'os qui se trouve en contact avec le pus; 5° l'introduction du pus dans la cavité articulaire à travers la capsule en partie détruite, ou comme je l'ai observé, par le rebord osseux de la cavité cotyloïde, la capsule restant in-

tacte; 6° l'absorption et la destruction de la membrane synoviale et du cartilage articulaire, de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde; 7° la séparation de ces parties, la carie secondaire et la destruction de dehors en dedans de la tête du fémur et de la cavité articulaire par l'action du pus, et quelquefois la séparation de la tête et du col du fémur; 8° la destruction du rebord de la cavité articulaire et le déplacement de la tête du fémur; 9° l'érosion de la paroi postérieure de la cavité cotyloïde, et le passage du pus et de la tête du fémur dans le bassin; 10° l'infiltration du pus entre le péritoine et la membrane fibreuse interne des muscles du dos et du bas ventre, le long des côtes, sur le bord supérieur de l'os iliaque, et jusque sous le diaphragme.

On trouve encore, comme conséquences de l'irritation inflammatoire déterminées par le contact du pus, et comme preuves de l'activité organisatrice de la nature, des excroissances charnues dans la cavité de l'articulation, des concrétions osseuses dans le voisinage de la tête du fémur ou de la cavité articulaire, la soudure de l'os du fémur dénudé avec la cavité cotyloïde, l'érosion et la déformation de l'os iliaque, la déviation, le relâchement ou la tension des muscles de la cuisse et du bassin, la déformation de la cavité articulaire quand la tête du fémur en est sortie, et la formation d'une cavité nouvelle; le poli et l'apparence éburnée de la surface de la tête du fémur et de la cavité articulaire; le craquement remarquable et permanent de l'articulation, accompagné de douleur, comme j'ai eu occasion de l'observer; l'abaissement de la tête du fémur et du col porté au point de former un angle droit ou même un angle aigu entre ces parties et le corps de l'os; l'amaigrissement progressif, la fièvre hectique, la mort par épuisement.

La troisième période a toujours une marche chronique; elle dure des mois et des années.

Le pronostic dépend de trois circonstances principales; 1.° du point où le pus s'est accumulé primitivement : il est

plus favorable quand le pus s'est accumulé sur quelques points du périoste, au pourtour de la cavité articulaire ou du fémur, au-dessous de la capsule, que lorsque l'accumulation s'est faite au-dessous de cette gaîne membraneuse; 2.° du chemin que le pus a suivi pour s'ouvrir une issue à l'extérieur : le cas le plus favorable est celui où il fuse en haut et en bas, dans les interstices musculaires, sans altérer la capsule; 3.° de la violence de l'inflammation et du degré d'altération qu'elle occasionne dans la capsule articulaire. Suivant que les circonstances indiquées ci-dessus sont plus ou moins heureuses, on peut espérer de voir, soit le retour complet du membre à l'état naturel, soit la guérison avec ankylose, soudure des os, immobilité et raccourcissement de la jambe. Quelquefois la maladie se termine par la mort.

Le but du traitement, dans cette période, est de procurer l'évacuation du pus, si déjà la nature ne l'a pas opérée. L'incision doit être répétée aussi souvent que l'accumulation du pus se renouvelle, soit dans un point, soit dans un autre. Quand une issue a été ouverte par l'art ou par la nature, il reste au médecin à faire tout ce qui a été prescrit pour la seconde période, c'est-à-dire, à conserver au pus un libre écoulement, à détruire l'inflammation et à soutenir les forces. Sous ce dernier rapport, une alimentation convenable, un air frais, des bains chauds, sont de beaucoup préférables aux moyens excitans qui altèrent souvent les forces digestives de l'estomac, etc.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Des connexions vasculaires de la mère et de l'enfant; *par W. E. Horner, professeur d'anatomie à l'université de Pensylvanie.*—

Une femme, âgée de 24 ans, étant morte, le 25 avril 1833, à l'hôpital (Almshouse) de Philadelphie, dans le neuvième mois de sa grossesse, le professeur Horner profita de cette occasion peu commune pour étudier les connexions vasculaires qui existent entre la mère et l'enfant. Il injecta dans l'aorte un *gallon* de solution saturée de prussiate de potasse, et ensuite une quantité égale de solution saturée de sulfate de fer. L'injection pénétra dans les vaisseaux les plus fins; le précipité de bleu de Prusse était visible en plusieurs points de la peau, et avait donné à la face une teinte bleue très-prononcée. L'utérus ayant été découvert, on trouva les artères utérines bien injectées, mais l'injection n'avait pas atteint le cordon ombilical, ainsi qu'on put s'en assurer et par la simple inspection et avec l'aide des réactifs chimiques.

L'utérus ayant été enlevé, on injecta le lendemain tous les vaisseaux du cordon avec une solution saturée de bichromate de potasse, et ensuite avec une solution saturée de sucre de plomb; il se forma dans tous les points où l'injection parvint, un beau précipité jaune de bichromate de plomb. On injecta alors les sinus utérins avec le prussiate de potasse et le sulfate de fer, comme la veille. Les vaisseaux ombilicaux furent remplis d'*emplâtre de Paris* (plaster of Paris) coloré en jaune, et les sinus de l'utérus de la même substance colorée en bleu; ces derniers vaisseaux en admirent facilement dix-huit onces.

Après un temps convenable, on incisa l'utérus et le placenta. La substance de l'utérus ne contenait pas un vaisseau jaune. Le placenta était infiltré à un degré considérable par le prussiate de fer, qui y avait passé des vaisseaux de l'utérus; la cavité de ce dernier contenait beaucoup d'*emplâtre* (plaster). Il faut noter que, pendant qu'on pratiquait l'injection dans les sinus utérins, les membranes furent soulevées de manière à former des ampoules à la surface de l'utérus.

L'utérus, étant maintenu dans un état de distension, fut desséché pendant une quinzaine de jours, et soumis à un nouvel examen. Il fut encore impossible de découvrir l'injection bleue dans les vaisseaux ombilicaux du placenta, ou l'injection jaune dans les vaisseaux de l'utérus. Le placenta était toutefois coloré alternativement en jaune et en bleu, d'une manière assez déterminée. Une incision ayant été faite à travers sa partie moyenne, la surface de la section formait un plan consistant en deux portions intimement enchevêtrées; une de ces portions était fœtale, l'autre utérine, elles se distinguaient l'une de l'autre par leur couleur jaune ou bleue. Cet enchevêtrement était assez comparable à l'entrelacement longitudinal des doigts quand on croise les mains. Les deux portions pénétraient alternativement, la fœtale à la base du placenta, l'utérine presque à son sommet.

Il semble résulter de cette expérience, que, bien qu'il n'y ait point de continuité entre les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus, ce qui

est l'opinion commune, cependant il y a des portions du placenta qui peuvent être facilement imprégnées par une liqueur injectée dans les vaisseaux utérins, et qui ont par conséquent une connexion plus intime avec l'utérus, non par l'intermédiaire de conduits appréciables, mais par les orifices des sinus utérins qui s'attachent à ces portions et qui en sont bouchées. (*The American Journal*, août 1833).

Pathologie.

Cécité due a la compression du nerf optique; *observée par le docteur Stilling, de Marbourg.* — Le 31 novembre 1832, une paysanne âgée de 42 ans, robuste et bien portante, glissa en portant une planche sur la tête, et tomba à la renverse sur le pavé, contre lequel la partie supérieure heurta violemment. La malade fut portée chez elle dans un état de mort apparente. Lorsque MM. Kelm et Stilling arrivèrent, une heure après l'accident, la femme avait repris connaissance et les mouvemens étaient libres, mais la vue était perdue aux deux yeux. Ce n'est qu'en tournant l'œil gauche vers en haut que la malade croyait encore percevoir la clarté. Les pupilles étaient dilatées, peu mobiles, et légèrement irrégulières. Les autres parties de l'œil ne présentaient aucune altération; mais la céphalalgie et d'autres symptômes indiquèrent un épanchement dans la cavité crânienne. La malade mourut vingt-quatre heures après l'accident. A l'ouverture du cadavre on trouva une petite sugillation au-dessous de l'aponévrose épicrânienne, à la partie postérieure de la tête, qui avait frappé le pavé. En enlevant le cerveau on découvrit une tumeur rouge bleuâtre, de la grosseur d'une noix, et qui couvrait toute la selle turcique, s'étendait vers le temporal droit, et avait occasionné une dépression dans le plancher du troisième ventricule et dans le *tuber cinereum*. Les nerfs optiques étaient comprimés par la tumeur, surtout à l'endroit de leur dénudation; plus loin la compression était plus forte sur le nerf du côté droit que sur celui du côté gauche. La tumeur elle-même sortait du canal carotidien droit, et était formée par la tunique externe de l'artère carotide, distendue par du sang. Après qu'on eut vidé ce sac du sang coagulé qui s'y trouvait, on vit que la carotide droite était déchirée à l'endroit où elle sort du sinus caverneux. Aucune autre altération ne put être découverte. (*Ammon's Zeitschrift für die Ophthalmologie*. 1833. T. III, p. 465.)

Dysphagie causée par la compression et l'ulcération de l'œsophage. *Par le docteur G. Francesco Girelli.* — Un villageois, âgé de 68 ans, d'une constitution robuste, éprouvait depuis trois mois un vomissement journalier, ou mieux une difficulté d'avaler qui le forçait de rendre ainsi ce qu'il prenait, car ces accidens survenaient particulièrement quand il mangeait des alimens solides et résistans, tandis que les bouillies, le laitage et les boissons passaient sans causer

trop de douleur. Aucun signe particulier n'avait pu éclairer sur la cause de cette maladie. La première sensation qu'éprouvait le malade était un resserrement à la hauteur du tiers supérieur du sternum, qui rendait la déglutition difficile, non pas de suite, mais quand déjà quelques alimens étaient avalés; alors la douleur devenait si pénible, qu'il était forcé de cesser de manger, ensorte qu'il se nourrissait à peine. Il n'y avait pas de fièvre, pas de douleurs dans la poitrine, pas de toux, enfin aucun symptôme qui pût faire soupçonner une affection des poumons. La diète lactée lui rendit en assez peu de temps des forces et un peu d'embonpoint, et cette amélioration l décida à retourner chez lui, espérant un mieux de plus en plus grand. Mais au bout de deux mois il rentra à l'hôpital, pâle, maigre, affaibli, en un mot dans un état de marasme. Il y avait de la toux, une fièvre qui offrait chaque soir des redoublemens, des crachats puriformes, mais depuis quelques jours la dysphagie et toute espèce de gêne dans la déglutition étaient disparues.

La comparaison de l'état passé et de l'état présent du malade conduisit dès-lors à penser que la dysphagie pouvait avoir été moins le résultat d'une affection idiopathique de l'œsophage, que d'une altération de la partie postérieure de la trachée qui s'était étendue par contiguité au conduit de l'estomac, et y avait déterminé une inflammation lente sous l'influence de laquelle on concevait très-bien les mouvemens anti-péristaltiques de ce conduit; et qu'enfin sa sensibilité étant devenue de plus en plus obtuse à mesure que la désorganisation avait fait plus de progrès, la déglutition avait fini par avoir lieu sans difficulté. Telles étaient les réflexions qu'avait suggérées l'état du malade quand il succomba.

A l'ouverture du corps, on trouva dans les poumons beaucoup de points en suppuration, avec plusieurs excavations assez larges remplies d'une matière grumeleuse et ichoreuse, répandant une odeur infecte très-pénétrante. Au-dessous de la bifurcation de la trachée-artère, dans la partie postérieure du thorax, existait une tumeur de la grosseur du poing, d'un tissu fibro-celluleux, imprégnée de pus, et qui comprimait en arrière l'œsophage, et s'étendait supérieurement jusqu'à la courbure de l'aorte à laquelle elle adhérait intimement. En disséquant avec tout le soin possible le pourtour de l'œsophage, on reconnut que le canal était parfaitement sain depuis le pharynx jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la bifurcation des bronches; à cette hauteur ses parois étaient profondément détruites, à tel point qu'il n'y avait plus de continuité entre la partie supérieure et l'inférieure, qu'en avant par un lambeau de la largeur de quelques lignes. (Extrait des *Memorie mediche del dott. G. Francesco Girelli. Brescia*, 1833, *in*-8.°; analysés dans les *Annali universali di Med.*, Numéro de septembre 1833.)

Carie vertébrale ; abcès par congestion a la région lombaire, communiquant avec la cavité cotyloide et avec le poumon. — Jean D., âgé de 33 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans un état de fièvre hectique et d'émaciation complète. Il portait un vaste abcès symptomatique sur le côté gauche de la région lombaire, développé à la suite d'une carie de plusieurs vertèbres de la même région, qui avait produit une gibbosité considérable. En même temps, l'articulation coxo-fémorale du même côté présentait les symptômes suivans : aplatissement de la fesse ; impossibilité de faire jouer l'articulation sans réveiller de vives douleurs ; raccourcissement de plus d'un pouce du membre, toux avec crachement purulent; diarrhée colliquative. On donna plusieurs fois issue au pus à l'aide des ventouses; amélioration marquée pendant quelques jours; bientôt les accidens reparaissent plus intenses et amènent la mort..

Autopsie. — Maigreur considérable, infiltration des membres inférieurs. Les quatre premières vertèbres lombaires sont réunies sans aucun reste de fibro-cartilages intermédiaires. Leurs corps ne présentent pas au-delà de deux pouces d'étendue ; plusieurs sinus communiquant ensemble parcourent leur épaisseur et contiennent des fragmens d'os libres, au milieu de la suppuration qui les remplit. Le reste de cet os est intact. Le corps de la deuxième vertèbre lombaire présente un commencement de ramollissement. Les dixième, onzième et douzième dorsales ont la face antérieure de leurs corps légèrement cariée. Il n'existe plus de connexion entre le ligament antérieur et cette partie. Les fibro-cartilages intervertébraux sont ramollis et présentent une consistance lardacée. En avant des vertèbres et derrière l'aorte, on voit un foyer purulent qui communique, à travers les piliers du diaphragme, avec une vaste vomique du poumon gauche. On le suit en descendant jusque dans la cavité du bassin, où il se dirige en devant de la symphyse sacro-iliaque du même côté. Les muscles fessiers sont minces et aplatis ; le tissu cellulaire, la capsule articulaire et les tendons qui l'avoisinent ont donné naissance à une masse compacte, homogène, lardacée. L'articulation contient une forte quantité de pus. Le ligament rond a disparu. La cavité cotyloïde, entièrement dépouillée de son cartilage, offre un diamètre de deux pouces et demi ; son fond est perforé par deux ouvertures, dont la plus grande laisse passer l'extrémité du petit doigt et établit une communication avec l'abcès intérieur; la tête du fémur, usée inégalement, n'offre plus aucun vestige de cartilage. Les environs des surfaces articulaires sont hérissés de productions osseuses stalactiformes. (J. B. E. Soulet, *Essai sur les phlegmasies idiopathiques des articulations diarthrodiales contiguës.* Thèse, Montpellier, 1833.)

Rupture du jejunum. *Par le docteur Bransby B. Cooper.* — *Obs.* Iere. — *Rupture du jéjunum.* — *Péritonite.* — Un homme âgé de 30 ans, fut apporté à l'hôpital de Guy, le 3 novembre. Une voiture peu chargée

avait passé sur son abdomen : le docteur Cooper le trouva couché sur le côté droit, les genoux attirés en haut, la tête et les épaules inclinées en avant; il accusait une vive douleur qui se renouvelait par paroxysmes semblables à ceux de la colique, et accompagnée d'une grande sensibilité à la pression, occupant tout l'abdomen. Les muscles abdominaux étaient fortement contractés et tendus; chaque expiration était accompagnée d'un profond soupir; le malade avait vomi deux fois; un de ces vomissemens avait fourni une petite quantité de sang; son pouls n'était ni accéléré, ni faible, et sa peau avait une chaleur convenable. (Sangsues sur le ventre, fomentations. — 30 gouttes de teinture d'opium. Le soir, calomel et opium). Les nausées et les autres symptômes persistèrent le jour suivant; le pouls était à 84 et dur; la langue était couverte d'une légère couche brune, (sangsues. — Calomel et opium. — Lavement avec l'huile de ricin). Vers midi la douleur abdominale s'exaspéra, mais les vomissemens ne tardèrent pas à s'arrêter. Le lavement produisit une évacuation, (potion calmante). Après la déjection alvine, qui contenait une petite quantité de sang, le malade se plaignit d'une grande exacerbation de la douleur dans l'hypochondre droit; cette douleur était aussi augmentée par l'inspiration. La respiration était thoracique, la physionomie anxieuse, le decubitus dorsal, le pouls à 126, très-petit et compressible. La nuit se passa dans la plus vive anxiété; le matin le malade était affaissé, il mourut le soir.

Autopsie. — A l'intérieur on ne voyait qu'une légère excoriation près de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche; point d'ecchymose, si ce n'est autour des piqûres de sangsues; aucune lésion appréciable des parois abdominales; l'abdomen contenait une grande quantité d'un liquide en partie fécal, en partie séreux. Le péritoine était enflammé dans une grande étendue, plus vivement dans la région iliaque gauche et sur la vessie; dans ces deux endroits, les intestins étaient agglutinés ensemble. On trouva une déchirure du jéjunum, qui intéressait toute l'épaisseur de l'intestin, le séparait en deux et s'étendait jusque dans le mésentère; les deux bouts de l'intestin étaient séparés l'un de l'autre, et la membrane muqueuse était retournée en dehors. Dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux muscles lombaires du côté gauche, il y avait une ecchymose considérable ou infiltration sanguine; une infiltration semblable occupait le pancréas.

Obs. IIe. — *Rupture du jéjunum par un coup de pied dans le scrotum.* — Un homme âgé de 40 ans, reçut à 11 heures du soir un coup de pied dans le côté droit du scrotum. Il n'avait jamais auparavant observé aucune hernie, ni aucune tuméfaction dans cet endroit : immédiatement après ce coup, il éprouva une vive douleur le long du trajet du cordon spermatique, il tomba dans le collapsus. Le lendemain matin il entra à l'hôpital de Guy, et présenta alors une hernie inguinale.

Cette hernie fut réduite avec facilite par l'élève chargé des pansemens; mais dans un mouvement du malade, elle reparut immédiatement après, et la douleur intolérable que causait la plus légère pression, fit suspendre de nouveaux essais de réduction. Le pouls s'éleva bientôt à 100 pulsations, la respiration devint précipitée, la physionomie prit l'expression de la souffrance, la douleur était rapportée par le malade, principalement au scrotum. Les traits ordinaires d'une inflammation abdominale se dessinèrent. Le traitement fut tout antiphlogistique. On y ajouta un vésicatoire sur l'abdomen, une ou deux doses de calomel et opium, deux on trois lavemens.

Autopsie. — Les intestins étaient agglutinés ensemble par l'inflammation. En injectant de l'air dans le canal intestinal, on découvrit une déchirure du jéjunum à environ un pouce et demi au-dessus de l'anneau inguinal interne. Une grande quantité de matières fécales s'était épanchée par cette ouverture et avait enflammé le péritoine dans toute son étendue, même dans sa portion diaphragmatique. Le sac herniaire était épaissi et ecchymosé à sa partie inférieure, et contenait une portion d'intestin plus injectée que le reste du canal. M. Cooper pense avec raison que le malade n'avait pas dit la vérité en affirmant qu'il ne portait point de hernie avant le coup de pied. (*Surgical Essays, the result of clinical observations made at Guy's Hospital.* London 1833).

Maladies de la prostate. — Inflammation. — Vers le milieu de janvier 1830, dit M. Duga, je fus appelé en toute hâte auprès d'un de mes amis, capitaine aux lanciers de la garde, avec lequel j'avais soupé la veille. Il avait bu une assez grande quantité de Champagne et mangé avec gloutonnerie d'un mets italien fortement épicé et préparé aux truffes. Il nous avait quittés sur le soir pour aller prendre un punch. Je le trouvai se promenant à grands pas dans la chambre, faisant des efforts continuels pour uriner, en appuyant sa tête contre la muraille, pressant l'hypogastre avec la main; puis se mettant dans la position de la défécation, il rendait l'urine par un jet très-ténu; son pouls était dur, plein; il était dévoré par une soif ardente. Il me raconta qu'il avait supprimé une ancienne blennorrhée par des injections astringentes, et que quelques jours auparavant, étant de service, il s'était fortement heurté le périnée contre le pommeau de sa selle. A ces causes et à ce développement des symptômes, je ne pus méconnaître le véritable phlegmon de la trame celluleuse et des enveloppes de la prostate. L'exploration par le rectum ne fut point faite. Le 18 au matin, saignée au bras de 15 onces, application de 40 sangsues au périnée, un bain de deux heures après la chute des sangsues, cataplasmes, aucune boisson. Le malade trompe sa soif avec une poudre composée de parties égales : sucre blanc, acide citrique. Le 18 au soir, le malade a un peu uriné dans le bain; sentiment de cuisson et de contraction saccadée au col de la vessie;

poids au rectum ; le doigt introduit ne rencontre pas la glande beaucoup tuméfiée, mais le toucher est douloureux. Saignée de 10 onces, bains de siége, continuation de la diète et des cataplasmes, lavemens avec 10 gouttes de laudanum; hydrogale en très-petite quantité. Le 19, la nuit a été agitée et sans sommeil; les urines ont cependant coulé peu à la fois, mais à plusieurs reprises : l'hypogastre est tendu. Application de 25 sangsues au périnée; bain après leur chute; lavemens émolliens, émulsion avec 15 grains de camphre le 19 au soir, les sangsues ont beaucoup coulé; le malade a uriné par un jet plus gros; même prescription. Le 20, la prostate, examinée par le toucher, nous parut plus tuméfiée que les premiers jours. Nouvelle application de sangsues, continuation du même régime. Le 21, le patient a un peu reposé; les sangsues n'ont pas pu prendre à cause des anciennes piqûres; le malade a uriné par un jet assez gros et continu; la vessie paraît être vidée; les urines sont plus claires et moins sanguinolentes ; les douleurs sont toujours assez cuisantes; dix sangsues à la base de la prostate; continuation du même régime. Le 22, la nuit a été bonne; le pouls est presque normal; le malade sent un peu d'appétit. Crème de riz de quatre en quatre heures ; deux bains de siége, lavement anodin et eau de gomme. Les 23, 24, et 25, continuation du même régime; l'état du malade s'améliore sensiblement. Le 26, la glande prostate me parut presque naturelle; le malade ne se plaint que de quelques légères douleurs, mais de violentes érections. Application de sangsues, bains, eau de gomme, lavement avec addition de 10 grains de camphre. Nous permîmes les alimens, et après une assez courte convalescence, M... se sentant à même de prendre son service, nous lui conseillâmes quelque temps de repos.

Abcès. *Obs.* Ire. Je fus appelé, le 25 juillet 1832, pour donner des soins au nommé Pierre Sartal, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, affecté de rétention d'urine. En m'informant des circonstances commémoratives, j'appris que, douze jours auparavant, le malade ayant fait une course de 15 lieues à cheval, avait éprouvé le lendemain de la douleur en urinant, des élancemens dans le rectum, une envie presque continuelle d'aller à la selle, sans pouvoir la satisfaire, etc., etc.

La fièvre qui survint le deuxième jour détermina les parens à faire chercher un médecin. Celui-ci croyant n'avoir qu'une constipation opiniâtre à combattre, prescrivit un lavement fortement purgatif. Demi-heure après, fièvre violente, délire, agitation continuelle, rétention complète d'urine. Une saignée du bras et l'application de 20 sangsues à l'anus, amenèrent du calme; mais le malade ne pouvait rendre quelques gouttes d'urine qu'après les plus violens efforts. On essaya le cathétérisme sans succès, la sonde était arrêtée au col de la vessie, et déterminait des douleurs intolérables pour peu qu'on voulût forcer

pour la faire pénétrer. Les bains de siège, les fomentations, les lavemens émolliens, amendèrent un peu les symptômes; les urines coulèrent avec plus de facilité, le ténesme diminua, la fièvre tomba, et le 6.e jour le malade prit quelques alimens. Depuis ce moment jusqu'à celui où je fus appelé (12.e jour de la maladie), Portal fut tourmenté par la difficulté d'uriner, le ténesme, et une petite fièvre avec frissons irréguliers tous les soirs. Voici l'état dans lequel je le trouvai : ventre tendu, ballonné et sensible, surtout à la région hypogastrique, qui formait un relief évidemment dû à la distension outrée de la vessie. Le doigt, introduit dans le rectum, rencontra une tumeur saillante formée par la prostate, qui avait acquis au moins quatre fois son volume ordinaire. La plus légère pression sur cet organe renouvelait le besoin d'uriner et déterminait des douleurs très-vives. La pulpe du doigt, porté avec peine au-dessus de la tumeur, sentait le bas fond de la vessie énormément distendu par l'urine. Le malade était dans une anxiété extrême; il demandait à grands cris qu'on le fit uriner; il se livrait à des efforts extraordinaires pour faire sortir quelques gouttes d'urine. Après cinq minutes de calme, les cris, les efforts recommençaient, le danger était pressant... il fallait prendre un parti décisif... Ce que j'ai dit de la marche de la maladie m'avait convaincu que les secousses du cheval avaient déterminé l'inflammation de la prostate ou du tissu cellulaire qui l'unit au rectum et à l'urètre; que cette inflammation, combattue tardivement par les antiphlogistiques, s'était terminée par un abcès phlegmoneux qui était la cause de la rétention d'urine et de tous les symptômes énoncés. Le volume que faisait l'abcès dans le rectum, me donna d'abord l'idée de l'ouvrir par cette voie avec le bistouri; mais je craignais que la paroi opposée du foyer, formée par la muqueuse urétrale, étant fort amincie, ne finit par s'ulcérer, et qu'il en résultât par la suite une fistule recto-vésicale incurable. Je me déterminai donc à employer le cathétérisme, dans le but de pénétrer dans la vessie, si je le pouvais, pour satisfaire au besoin le plus pressant du moment; et, dans le cas contraire, d'essayer d'ouvrir l'abcès par la paroi urétrale, avec le bec de la sonde. Une sonde d'argent n.° 6 fut introduite dans le canal, et s'arrêta à sept pouces : en appuyant sur son pavillon pour la faire pénétrer dans la vessie, je sentis la muqueuse céder à l'effort que je faisais; mais dès que cet effort cessait, la sonde ressortait d'autant, comme repoussée par un tissu élastique. Je conjecturai que le bec de l'algalie pressait la paroi de l'abcès, et que je pouvais forcer, sans risquer de faire une fausse route. J'introduisis l'index de la main gauche dans le rectum, jusqu'à la prostate tuméfiée, en appuyant alors fortement avec la main droite sur le pavillon de la sonde, de haut en bas et d'avant en arrière; je sentis un craquement qui m'indiqua que j'avais pénétré dans le foyer. En effet, un instant après, un

demi-verre de pus blanc et sans odeur sortit par la sonde. A mesure que l'abcès se vidait, je sentis la sonde à travers la paroi rectale, fort amincie, du foyer purulent. Dès que j'eus retiré l'algalie, le malade remplit un grand vase d'urine, et dormit six heures d'un profond sommeil. Le lendemain il fut pris encore de rétention complète, ce que j'attribuai à l'occlusion de l'ouverture de l'abcès et à la nouvelle accumulation du pus dans le foyer. Je le vidai encore, et j'essayai de pénétrer dans la vessie avec une sonde de gomme élastique que j'avais l'intention de laisser à demeure, dans le but de comprimer les parois de la poche purulente pour les faire adhérer ensemble, et pour prévenir la rétention d'urine. Quoique j'eusse fortement courbé le mandrin de la sonde, le bec de celle-ci pénétrait toujours dans l'ouverture de l'abcès, et ne put jamais arriver dans la vessie. Pendant trois jours je vidai l'abcès comme je l'avais fait auparavant; je pus parvenir après à introduire une sonde de gomme élastique n.° 10, que je laissai pendant six jours dans la vessie. La rétention d'urine ne se reproduisit plus, et la guérison fut complète. Le malade, que je vis deux mois après, se plaignit seulement d'une douleur aiguë pendant l'éjaculation; il avait remarqué que cette dernière était la moitié moins abondante qu'avant sa maladie. Cette circonstance tiendrait-elle à l'oblitération d'un des conduits éjaculateurs, par l'inflammation et la fonte de la prostate et du tissu cellulaire environnant? Je crois cela d'autant plus probable que la prostate, comme je m'en suis assuré, n'a plus qu'un tiers de son volume ordinaire.

Obs. II.° — Le nommé Bouaud, menuisier, âgé de 45 ans, avait eu plusieurs blennorrhagies, dont la dernière, qui datait de trois ans, avait déterminé un rétrécissement circulaire que je détruisis par quatre applications de caustique avec la sonde de Lallemand. Je lui recommandai l'usage des bougies à ventre de Ducamp, pour niveler le canal et prévenir le retour du rétrécissement. Deux mois après il vint me voir, et m'apprit qu'ayant voulu introduire une grosse bougie, il avait éprouvé dans le fond du canal une vive douleur, et que depuis cette époque (environ vingt jours) le jet de l'urine avait diminué peu-à-peu, la bougie ne pouvait plus pénétrer comme auparavant, et déterminait des douleurs aiguës; qu'il avait eu plusieurs accès de fièvre, eu froid et en chaud, et que, depuis la veille, il n'urinait plus que goutte à goutte et avec les plus grands efforts. J'introduisis une sonde exploratrice, et je fus arrêté à sept pouces; le doigt, introduit dans le rectum, me fit reconnaître la prostate très-tuméfiée et douloureuse au toucher. Ces signes réunis ne me laissèrent aucun doute sur le caractère de la maladie. Il me fut d'autant plus facile de reconnaître un abcès de la prostate, que j'avais vu un cas à-peu-près semblable (celui de l'observation précédente) il y avait peu de temps. J'ouvris l'abcès de la même manière, mais il se

présenta une circonstance toute particulière : malgré le séjour d'une sonde de gomme élastique dans la vessie, les parois de l'abcès ne se recollèrent point, et, toutes les 24 heures, j'étais obligé de le vider avec l'algalie pour faire cesser la rétention d'urine. Je pensai qu'il s'était organisé une membrane sécrétoire du pus, à l'instar de celle des kystes séro-muqueux, et que je ne pourrais détruire cette sécrétion morbide qu'en changeant le mode de sensibilité de la surface interne du kyste. La compression au moyen de la sonde ayant échoué, je dus naturellement songer à l'injection d'un liquide irritant. Après avoir vidé le kyste avec la sonde, je laissai celle-ci en place, et je poussai par son pavillon environ un quart de verre de vin tiède que je laissai séjourner un moment. La douleur fut presque nulle pendant l'injection; ce ne fut que deux heures après avoir fait sortir le vin tiède, que le malade éprouva des douleurs aiguës dans le col de la vessie, avec ténesme, difficulté d'uriner, etc., etc. Les saignées, les sangsues à l'anus, les bains de siège, les tisanes mucilagineuses, calmèrent ces symptômes en peu de temps, et la collection purulente ne s'est plus reproduite depuis. La prostate, que j'ai explorée après la guérison, ne m'a pas paru avoir diminué sensiblement de volume. (*Fragmens pour servir à l'histoire des maladies de la glande prostate*. 1833. Thèse. Montpellier.)

Thérapeutique.

Tumeur lombaire, *produisant par la pression l'engourdissement et le froid des membres abdominaux. Application de la potasse caustique, sortie d'un liquide séreux. Guérison. Obs. par M. S. Guyot, D. M.* — Pierre..., âgé de 30 ans, laquais, au moment où l'équipage de son maître allait grand train, veut monter derrière la voiture, en prenant d'une main une des courroies, l'autre tenant un parapluie. Par le mouvement de la voiture, il est entraîné vers la caisse; et son carrick ayant été saisi par le rayon de la roue, il est tiré entre elle et la caisse, puis jeté à terre en avant de l'essieu. Soit que la roue ait passé sur lui, soit que la tête ait seulement fortement frappé le pavé, Pierre a une plaie profonde à la nuque, du côté gauche. Son corps présente des traces de contusion au scrotum, à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, à la partie inférieure du dos, à la partie droite du cou et à l'épaule gauche. Aucune fracture, aucun signe de commotion. Pouls vif, dur et fréquent; poitrine brûlante. Le malade, très-pléthorique d'ailleurs, accusait un sentiment de constriction à la gorge et de congestion pulmonaire : respiration pénible et précipitée; pieds froids, membre abdominal droit engourdi. (Saignée et pansement des plaies). Les symptômes de congestion disparurent immédiatement. Il fut fait une seconde saignée, et jusqu'au quatrième jour il ne survint rien de remarquable; l'engourdissement du membre

abdominal droit diminuait sensiblement, et le malade commençait à mouvoir sa jambe; l'épaule et le bras correspondant reprenaient également leur mobilité; la plaie, qui n'avait pu être réunie par première intention, se dégorgeait et donnait une suppuration de bonne nature, promettant une prompte cicatrisation; les contusions n'offraient déjà plus rien de grave et n'étaient compliquées d'aucun épanchement: il n'est peut-être pas indifférent de dire que le malade n'avait pu rendre ses excrémens et ses urines pendant quarante-huit heures, malgré le besoin qu'il en éprouvait; mais que cette double rétention avait promptement cédé à quelques verres d'eau de Sedlitz et de chiendent nitré. Il avait aussi ressenti quelques élancemens le long du trajet du nerf frontal; mais il n'existait aucune céphalalgie et aucun trouble dans les fonctions du cerveau. Le 26 au matin, le malade m'annonça que la pesanteur de l'épaule et du bras gauche avait augmenté presque subitement. Le 27, il me dit qu'il n'éprouvait plus aucune pesanteur dans la jambe droite, et que son mal paraissait s'être fixé dans la jambe et la cuisse gauches; qu'un frisson et un engourdissement qu'il n'avait pu vaincre ni par les topiques chauds, ni par les frictions, s'en étaient emparés pendant plusieurs heures pour faire place ensuite à un sentiment de chaleur toujours accompagné de pesanteur et d'engourdissement. Le bras et l'épaule gauches lui semblaient plus libres. J'examinai la colonne vertébrale avec soin, tout paraissait être dans l'état naturel; le pouls était lent, mais un peu dur; l'état général était très-satisfaisant. Le malade était fort gai, demandait à manger et n'accusait aucune souffrance; toutes ses fonctions se faisaient bien. Le 28, le bras et l'épaule gauches étaient plus libres encore; le frisson du membre abdominal correspondant s'était renouvelé plus fort que la veille, et le sentiment de pesanteur et d'engourdissement était augmenté; nouvel examen de l'épine dorsale; même état que la veille. Le 29, le froid et la pesanteur ont encore augmenté et se sont étendus à la jambe droite. L'épaule et le bras gauches sont entièrement dégagés. L'état général est de plus en plus satisfaisant; la plaie est à moitié cicatrisée; les traces des contusions ont disparu; l'appétit est vif et franc; le pouls est tout-à-fait normal. Le 30, le malade m'annonce que les cuisses et les jambes sont entièrement dégagées, et, pour m'en donner la preuve, il se lève et marche dans sa chambre : cette amélioration a commencé la veille vers dix heures du soir; mais une autre chose inquiète le malade, c'est une tumeur, qu'il a sentie le matin seulement, aux lombes. Je le fais coucher sur le dos, et je reconnais, en effet, une tumeur, d'environ cinq pouces de diamètre, occupant toute la région lombaire un peu plus à droite qu'à gauche. Cette tumeur est molle, fluctuante, sans douleur, sans changement de couleur à la peau : plate dans le décubitus, saillante dans la station verticale, elle paraît contenir un

liquide excessivement fluide. Lorsqu'on la comprime, elle paraît diminuer et n'excite aucune douleur ; mais chaque compression détermine instantanément le froid et la torpeur des deux membres abdominaux, mais principalement du membre gauche ; chaque percussion retentit jusqu'au pied, portant avec elle le même sentiment de fraîcheur et d'engourdissement. Je ne jugeai pas à propos d'ouvrir cette tumeur, je ne voulus pas non plus la comprimer : je me contentai de la couvrir de compresses trempées dans une dissolution de sel ammoniac. Le lendemain 31, la tumeur était plus tendue, le froid et l'engourdissement de la jambe et de la cuisse gauches avaient reparu, mais à un moindre degré. La compression et la percussion produisaient encore l'effet dont j'ai parlé tout à l'heure, mais avec moins d'intensité aussi. Je me comportai comme la veille, et j'attendis encore. Le 1er janvier, l'engourdissement avait disparu ; je trouvai le malade levé : la pression ne faisait plus diminuer la tumeur et ne produisait aucun sentiment de pesanteur et de froid, non plus que la percussion. Le malade en était incommodé mécaniquement, il ne pouvait se courber en se baissant. Je resolus d'ouvrir la tumeur le lendemain seulement. Je préférai l'application d'un petit morceau de potasse caustique à l'instrument tranchant, afin d'exciter la peau qui, d'ailleurs parfaitement saine, était froide et engourdie. Ce ne fut que le 3 janvier que je fendis l'escharre située à la partie la plus déclive de la tumeur un peu à droite de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire ; je dus faire pénétrer le bistouri assez profondément, et je le sentis distinctement diviser les aponévroses musculaires. J'obtins par ce moyen environ un verre d'une sérosité limpide, légèrement colorée par quelques gouttes de sang qui s'échappaient du fond de la plaie. Le malade se sentit immédiatement soulagé et se mit à courber le dos pour bien s'assurer de l'avantage qu'il venait d'obtenir. Je le fis coucher sur le dos, et je disposai sous lui un drap plié en plusieurs doubles pour recueillir le reste du liquide qui n'avait pu être exprimé. Je le laissai ainsi jusqu'au lendemain, où je le trouvai très dispos et habillé ; la tumeur était entièrement vidée et la peau revenue à ses dimensions premières. Pendant tout ce temps, la plaie de la tête avait marché rapidement ; elle est entièrement cicatrisée ; il ne restait plus que l'escharre à soigner pour obtenir une guérison complète, et cette guérison eut lieu le 15 janvier 1834.

Le fait principal et le seul important de cette observation, dit M. Guyot, est dans l'apparition de la tumeur et les symptômes qui l'ont précédée et suivie : la matière de cette tumeur était-elle contenue dans le canal rachidien ? Etait-elle le résultat d'une sécrétion anormale de l'arachnoïde rachidienne, ou bien aurait-elle été produite par l'arachnoïde cérébrale et serait-elle venue s'accumuler dans le cul-de-sac de l'arachnoïde lombaire ? Comment a-t-elle pu, sans symptômes in-

flammatoires, se frayer un chemin à l'extérieur ? Comment ce chemin, une fois ouvert, a-t-il pu se refermer ? Une tumeur apparaissant subitement aux lombes, diminuant par pression, produisant par compression et percussion l'engourdissement et le froid des membres abdominaux, sans rougeur, sans douleur locale, peut-elle ne pas communiquer avec le canal rachidien ? (*Annales de la méd. physiolog.* Janvier 1834).

De l'emploi des moules en platre pour la guérison des fractures de la jambe; *par A. L. Richter.* — La connaissance de cette pratique fort usitée chez les Arabes, fut importée en Europe par le consul anglais à Bassora, qui inséra une note dans le *Medical Commentaries*, déc. II, vol. 9. Ce n'est qu'en 1828 et 1829 qu'on la mit en usage avec le plus heureux succès à l'hôpital de la Charité, de Berlin, d'après les directions données par le docteur Kluge. On employa d'abord une boîte assez longue pour contenir toute la jambe, les condyles du fémur y compris. On remplissait la boîte de sable à moitié de sa hauteur ; sur le sable on plaçait une attelle en carton, de 6 pouces de largeur, et deux autres étaient enfoncées perpendiculairement dans le sable, le long des deux bords de la première, de façon à ce que l'espace compris entre les attelles représentât exactement la forme du moule. Les attelles et le mollet étaient frottés d'huile, el le pied tenu dans une position convenable. On versait ensuite rapidement du plâtre liquide qui durcissait au bout d'une demi-heure, et enveloppait la moitié de l'épaisseur de la jambe ; alors on enlevait les attelles et la boîte. Celle-ci fut modifiée par la suite, on lui donna 22 pouces de long et 7 pouces de large, avec des parois mobiles, articulées les unes sur les autres, et qu'on pouvait détacher l'une après l'autre du plâtre durci.

On peut distinguer deux espèces de moule : le premier, qui convient dans la fracture simple et continue ; le second, qu'on préfère dans les fractures compliquées, est formé de pièces séparées. C'est ainsi que l'on peut fixer le pied d'une manière invariable, et faire sur les parties supérieures de la jambe tous les pansemens nécessaires.

Quelques précautions doivent être mises en usage dans l'emploi de cet appareil.

1.° Ce n'est qu'après que le gonflement a atteint son maximum que l'on entourera le membre de son moule, ou bien l'on se contentera de fixer le pied.

2.° Le plâtre doit être parfaitement blanc, préparé depuis quelque temps et finement pulvérisé ; sans cela il développe de la chaleur en se solidifiant.

3.° Le plâtre mêlé à l'eau doit avoir la consistance de la crême ; s'il était plus solide le membre serait brûlé ; il est bon de l'essayer auparavant dans le creux de la main.

4.° L'extension sera continuée jusqu'à la solidification du plâtre. Cet appareil a sur tous les autres l'avantage de maintenir les fragmens de la manière la plus exacte, ainsi que l'extension ; d'éviter au malade toutes les douleurs, résultat d'une pression inégale, et les excoriations qui en sont la suite. Le patient (surtout si la jambe est sur une planchette mobile) est délivré de l'inquiétude de voir son appareil se déranger, car il sent que le membre est exactement maintenu de tous les côtés. Au bout d'un mois on soulève doucement la jambe, et on ne laisse que le morceau du moule le plus inférieur. C'est dans les fractures obliques avec saillie de l'os sous la peau, que cette méthode rend les plus grands services. Les deux fragmens ne sauraient alors glisser l'un sur l'autre, et peuvent résister à la contraction musculaire. Ces avantages sont encore plus évidens dans les fractures qui ont lieu près des articulations. (*Extrait de l'ouvrage du docteur Richter* : *Observations de médecine et de chirurgie-pratique*. Berlin 1832 ; dans *Allgmeine medicinische Zeitung*. Février 1835.)

Guérison de la blenorrhagie par les injections d'une forte solution de nitrate d'argent. *Par le docteur Lucas Burnett.* — L'auteur, loin de redouter les accidens inflammatoires que Carmichael craint de voir survenir par l'emploi de ce moyen, le préconise au contraire. D'après sa propre expérience, il n'hésite pas à soutenir que les injections faites avec une forte solution de nitrate d'argent sont le moyen le plus certain de guérir rapidement la blenorrhagie à son début. Toutefois il prévient qu'il ne faut mettre ces injections en pratique que dans sa période commençante, et dans celle où l'inflammation se manifeste par une chaleur brûlante dans le canal et un gonflement douloureux des parties. Ces injections ne sont d'aucun effet dans la blennorrhagie chronique.

« Je pense, dit le docteur Burnett, que la solution de nitrate d'argent guérit la blenorrhagie en détruisant l'inflammation spécifique qui la constitue, et en la convertissant en une phlegmasie simple qui se dissipe ensuite peu-à-peu, laissant l'urètre dans son état naturel. Pour obtenir ce résultat il importe que l'injection touche toute l'étendue de la partie malade, et souvent il suffit qu'elle soit poussée à un demi pouce seulement dans le canal. Il en résulte qu'on ne doit pas confier à un aide peu expérimenté, et encore moins au malade lui-même, le soin de pratiquer l'injection. Chez un individu, où l'injection fut poussée maladroitement, ce liquide pénétra jusqu'au col de la vessie, et détermina des accidens inflammatoires très graves de cette région des voies urinaires. » Pour éviter tous ces inconvéniens, le docteur Burnett pratique lui-même l'injection et de la manière suivante. Après avoir rempli la seringue, il comprime l'urètre avec la main gauche à 2 pouces et demi environ au-dessous du méat urinaire, puis il poussa avec force l'injection avec la

main droite qui tient la seringue. Il est inutile de rappeller qu'il faut que la seringue soit d'os ou d'ivoire, car si l'on se servait des seringues ordinaires, il s'y formerait un nitrate de plomb, et l'injection serait décomposée.

L'observation suivante fait connaître la dose à laquelle le docteur Burnett emploie le nitrate d'argent, et les circonstances dans lesquelles il l'administre. A. B., âgé de 30 ans, éprouva cinq jours après un coït suspect, les premiers indices de la blennorrhagie, c'est-à-dire, un prurit à l'orifice de l'urètre, une légère douleur dans la même partie en urinant, et un écoulement qui laissait quelques taches jaunâtres et verdâtres sur le linge. Les lèvres du méat urinaire étaient un peu gonflées et plus rouges que dans l'état naturel. Désireux de guérir rapidement, le malade vint réclamer les soins de M. Burnett, qui fit dissoudre *dix grains* de nitrate d'argent dans *un once d'eau de roses*. Cette solution fut injectée en totalité dans l'urètre. A peine était-elle faite, que le malade éprouva une douleur très aiguë pendant vingt minutes environ, et en urinant, une cuisson brûlante pour la première fois tout lo long de l'urètre jusqu'où avait pénétré l'injection. Elle fut répétée le soir du même jour à la même dose, et causa les mêmes douleurs; le lendemain en pressant l'urètre on en fit sortir une gouttelette puriforme: douleur moins vive en urinant. Au bout de vingt-quatre heures l'écoulement et tous les autres accidens étaient complètement disparus. La guérison ne s'est pas démentie. (*The Lancet*, mai 1833).

Obstétrique.

Cas de grossesse extra-utérine. — J'ai vu la personne qui fait le sujet de cette observation, le samedi matin 15 août. On me fournit sur elle la relation suivante : le mal de l'enfantement l'avait prise dans la matinée du jeudi précédent, et pendant une ou deux heures ce travail n'offrit rien d'extraordinaire. Le docteur Cole, médecin ordinaire de la famille, fut appelé dans le premier temps de ce travail, et se chargea de cet accouchement. A sa première exploration, l'enfant lui parut très-élevé, et ne put être senti par le doigt. Durant ce premier examen, il survint un violent effort d'expulsion, qui poussa la main gauche dans le vagin. Ce changement subit et imprévu porta le médecin à varier la position de la malade. Durant ce temps, le bras fut tout-à-fait poussé, et avec force, à travers le vagin, et si j'ai bien compris ce médecin, il n'avait pas pu faire rentrer le bras ni avancer sa main pour faire la version de l'enfant et le délivrer par les pieds. Le docteur Tyler fut appelé, mais il ne put arriver avant le soir. Pour ne point entrer dans des détails, je dirai, qu'après huit ou neuf heures de tentatives inutiles pour retourner l'enfant, la femme tomba dans un épuisement complet, et son

état ne donna plus aucun espoir de salut. Après l'administration d'un cordial et d'une légère nourriture, la patiente sembla, le vendredi soir, revenir de l'état de prostration où elle était depuis quelques heures. Cette amélioration fit espérer à ses amis que quelques secours pourraient arracher la patiente de la mort qui la menaçait. C'est alors que je fus requis pour la visiter. Je ne pus cependant la voir que le lendemain matin. Lorsque j'arrivai elle pouvait encore parler, mais sa voix était faible, sa respiration était accélérée et devenait laborieuse par les efforts qu'elle faisait pour s'exprimer. Le pouls était fréquent et débile. La patiente avait été reportée sur un autre lit et était couchée dans la situation ordinaire. Elle n'avait pas eu de douleurs de travail depuis que l'épuisement était survenu. Je trouvai, dans l'exploration que je fis, la main gauche dans la partie supérieure du vagin; on pouvait y arriver aisément et facilement, mais les tentatives que je fis pour aller plus loin furent accompagnées de souffrances et ne furent suivies d'aucun effort d'expulsion. Je persévérai pendant une demi-heure à aller chercher les pieds de l'enfant, mais je fus obligé d'abandonner ce projet, car la malade s'affaiblissait rapidement à chaque effort que je faisais pour la délivrer. Son pouls avait même cessé de battre au poignet. La faiblesse continua à augmenter, et la femme expira le samedi à cinq heures du matin.

Ce qu'il y a eu de remarquable dans ce travail, c'est que les douleurs ont été semblables à celles d'un travail ordinaire, quoique les efforts d'expulsion ne parussent dépendre évidemment que de l'action du diaphragme et des muscles abdominaux.

A l'autopsie cadavérique, qui fut faite sur la demande de ses amis, on découvrit les particularités suivantes: 1.° l'enfant était situé dans l'abdomen, la tête placée dans la région iliaque droite, et la face dirigée en haut. Le bras gauche était encore dans le vagin, et les pieds tournés vers l'estomac. 2.° Il se trouvait dans le vagin une ouverture (peut-être une ulcération) assez large pour admettre la main. 3.° Le placenta était attaché à la courbure sigmoïde du colon. 4.° Le fœtus était couvert d'une légère membrane réduite en lambeaux. 5.° L'utérus avait cinq pouces dans son diamètre transversal, et avait un pouce et demi d'épaisseur. Les sympathies, que la grossesse avait développées, avaient fait éprouver à cet organe ces changemens. Elles avaient contribué à augmenter son épaisseur, au lieu de favoriser son expansion. 6.° Le fœtus était à moitié putréfié. 7.° Les intestins étaient noirâtres et livides sur différens points.

Durant les dernières semaines de la grossesse, la patiente accusait beaucoup de douleurs dans le bas-ventre, et elle était très-souffrante lorsqu'elle était couchée. Elle se plaignit pendant les trois derniers mois de maux d'estomac. Il paraît que cette grossesse extra-utérine pouvait être reconnue par un examen fait à travers les parois abdomi-

nales. Les membres de l'enfant pouvaient être aisément suivis. Ce cas est intéressant sous plusieurs rapports ; il peut éclairer quelques phénomènes de la gestation. (*Medical Magazine*, vol. II, N.° 13. Boston.)

Hydropisie de l'œuf. —Une dame, sujette à la perte utérine, était affectée d'une hydropisie de l'œuf à sa seconde gestation. Au cinquième mois elle était prodigieusement grosse. La fluctuation était aussi distincte que dans l'ascite, et les cuisses menaçaient d'éclater. Comme elle n'avait point éprouvé de symptômes de grossesse, cet état n'avait pas été soupçonné. Au sixième mois, la patiente, qui avait abandonné toute idée de gestation, accoucha de deux enfans, et les eaux sortirent en si grande quantité, qu'elle fut exposée à un péril imminent. Dans la troisième grossesse, les mêmes symptômes se présentèrent, mais plus tôt que dans la grossesse précédente. Au cinquième mois elle était aussi lourde que si elle avait atteint le neuvième mois. A l'aide de petites saignées, de l'abstinence des liquides, de doux purgatifs, des diurétiques et de la position horizontale, elle arriva jusqu'au sixième mois; à cette époque les membranes se rompirent durant la nuit, et douze serviettes avaient été mouillées des eaux qui s'étaient écoulées avant mon arrivée, quoique je visitai la dame de bonne heure dans la matinée. Mais ce qu'il y a de plus singulier dans ce cas, c'est que tous les deux ou trois jours les eaux s'échappaient; la quantité d'eau qui se renouvellait était d'une pinte un quart chaque fois, tant la sécrétion était active. Je puis attester que mes explorations ont été assez fréquentes pour affirmer que le liquide s'écoulait de l'utérus. Le peu d'épaisseur des parois de la matrice, la petite quantité de la liqueur amniotique, contenue dans les membranes après ces évacuations, permettaient de sentir presque toutes les parties de l'enfant à travers les parois de l'abdomen, de distinguer les genoux des coudes; la tête était mobile et se portait de la région inguinale à l'hypochondre, et *vice versâ*: les sutures de la tête pouvaient être également distinguées à travers l'abdomen. Si le fluide n'était point passé à travers l'orifice utérin, j'aurais pu regarder ce fait comme un exemple de grossesse extra-utérine. Je n'ai pas besoin de dire que ce fluide n'était pas de l'urine: l'urine, je le sais, est souvent prise pour des eaux de l'amnios dans les différentes évacuations qui ont lieu sous l'influence des efforts musculaires dans les dernières semaines de la gestation. Chez cette femme, dans une de ces évacuations, la vessie était vide; une autre fois, lorsque l'évacuation se faisait, j'introduisis le cathéter et je retirai de l'urine. Vers la fin du neuvième mois, la tête resta continuellement sur les pubis et ne pouvait pas être déplacée comme auparavant; la femme arriva à son terme, et accoucha d'un gros garçon; à la seconde douleur, le délivre fut expulsé, et je le reçus avec la main à sa sortie pour

éviter que les membranes ne se déchirent; j'examinai le tout avec grand soin et je découvris, outre l'ouverture que la tête de l'enfant avait faite au centre des membranes dans son passage, une seconde ouverture circulaire placée sur le rebord du placenta. C'est sans doute de cette ouverture que le fluide s'échappait de temps en temps. La malade était prévenue de chacune de ces évacuations par une espèce de contraction passive de l'utérus : la situation de la déchirure m'explique pourquoi je n'ai pu retirer de la liqueur amniotique avec le cathéter, malgré tous les efforts que j'ai faits dans le but d'accélérer le travail. (*Practical treatise on uterine hemorrhage*, *by John Ingleby*, page 29).

Transfusion dans un cas de métrorrhagie. — Madame Hill, d'une constitution très-délicate et d'une petite stature, mais bien conformée, était mère de trois enfans : je l'ai secourue dans ses accouchemens. Le premier se passa heureusement; dans le second, une demi-heure après l'expulsion du placenta, il survint une hémorrhagie que je ne pus arrêter par les compressions, et qui réclama l'introduction de la main dans la matrice. Le troisième accouchement commença le jeudi à dix heures du soir, accompagné de vomissemens et de douleurs qui ne laissaient à la malade aucun relâche. A deux heures du matin du jour suivant, je fus mandé auprès d'elle à cause d'une hémorrhagie qui venait de paraître. Je trouvai le col utérin dilaté d'une demi-couronne; les membranes étaient flasques, mais la poche des eaux s'étendait dans le vagin ; le sang coulait abondamment : à ce temps du travail, comme la tête était descendue dans le bassin, je rompis immédiatement les membranes, et l'hémorrhagie cessa entièrement pendant une demi-heure. Elle se renouvela bientôt, mais l'enfant ne tarda pas à être expulsé, et après deux douleurs la délivrance se fit spontanément. Je plaçai ma main au-dessus des pubis et je découvris l'utérus réduit à ses petites dimensions. Il se trouvait dans un état de contraction autant qu'il était possible, le pouls était parfaitement naturel, et le bandage fut solidement appliqué. Me rappelant ce qui était survenu après sa dernière délivrance, je restai dans l'appartement, et je ne permis à la patiente aucun mouvement. Après dix à quinze minutes, elle m'avertit qu'elle s'évanouissait, le pouls pouvait à peine être distingué, et l'utérus mou et distendu par le sang, occupait une grande partie de l'abdomen. J'eus recours aux frictions et aux pressions; je vidai la matrice du sang qu'elle contenait et j'employai des affusions froides sur le bas ventre, d'après la méthode recommandée par Gooch et par Chapman. L'utérus fut souvent vidé du sang qu'il renfermait, mais il se dilatait, et cet état était accompagné d'une grande faiblesse; le pouls était à peine senti, la sueur était froide : j'introduisis la main gauche dans la cavité utérine et je la portai jusqu'à son fond, et avec la main droite j'exerçai des

pressions sur cette partie. Une domestique, durant ce temps, faisait des affusions froides; je puis noter ici que ces moyens ne furent pas sans succès, la patiente criait continuellemeot : « de l'eau, de l'eau. » Cette eau en tombant frappait le bas-ventre et paraissait la soulager; je lui donnai une petite quantité d'eau-de-vie, mais l'action du cœur ne fut point ranimée. Mon ami, le docteur Knowles, vint m'assister et apporta du seigle ergoté; avant son arrivée, la femme avait perdu la faculté d'avaler, et était tombée dans un état complet d'insensibilité. Ayant arrêté l'hémorrhagie et étant parvenu à ramener l'utérus à son volume ordinaire, malgré la mollesse de ses parois, je retirai la main, après l'y avoir maintenue au-delà d'une heure et demie, sans l'en avoir sortie une seule fois. J'ai eu l'occasion, durant ce temps, d'apprécier les effets alternatifs de la contraction et de la dilatation, et chaque fois que je pensai que ma main pouvait être retirée, la dilatation et la flaccidité des parois revenaient. Cet état arriva plusieurs fois, l'affaiblissement fut en augmentant; le pouls devint de plus en plus imperceptible; des briques chaudes furent appliquées sur les pieds; une vessie pleine d'eau chaude fut maiotenue sur la région cardiaque, et le bandage fut étroitement assujetti. A huit heures, quatre heures après la délivrance, une cuillerée à thé de laudanum fut portée avec difficulté jusque dans la gorge; la malade était depuis une heure dans un état constant de jactitation et dans une sueur abondante, ses traits étaient tirés, la respiration était difficile et bruyante, par le passage de l'air à travers les mucosités contenues dans les bronches. Le laudanum parvint à calmer l'agitation, mais il n'eut pas d'autre résultat favorable; le pouls était plus rapide et plus imperceptible qu'auparavant: ce cas me parut offrir l'indication de la transfusion. Six heures s'étaient écoulées depuis la délivrance sans qu'il y eût aucun signe de réaction; la patiente était froide, totalement insensible, et sa position était périlleuse. Le docteur Vood, qui fut consulté, approuva l'opération. Assisté de ce médecin et du docteur Knowles, j'y procédai sur-le-champ; la seringue, qui pouvait contenir quatre onces de liquide, fut remplie du sang vineux tiré du bras du mari, et après en avoir chassé deux drachmes avec l'air contenu dans le tube, j'injectai le reste dans la veine médiane du bras droit qu'on avait préalablement ouverte; cette injection fut faite lentement et d'une manière régulière. La patiente ne ressentit rien de cette opération; mais en moins de 5 minutes, M. Vood remarqua que le pouls du bras opposé était plus distinct qu'avaot l'opération; au bout de trente minutes la malade reprit en partie le sentiment. Après une heure, il y avait amélioration générale : le pouls du bras droit restait toujours imperceptible. Du bouillon de bœuf fut pris en petite quantité; neuf heures après midi, dans la journée du vendredi, le pouls n'avait pas encore été senti au bras droit; mais au bras gauche, il battait cent quarante fois.

le bras était tendu et enflé, la soif était excessive. Huit heures avant midi, dans la journée du samedi, le pouls, dans le bras droit, se distinguait faiblement; dans le bras gauche, il avait acquis de la force et battait cent trente fois. Neuf heures après midi, on n'observait aucune différence dans l'un et l'autre bras, il battait des deux côtés cent trente fois; l'abdomen était volumineux, rempli de gaz et douloureux. Des fomentations furent faites, et on administra un lavement purgatif de camomille et de savon. Huit heures avant midi, le dimanche, le pouls s'élevait à cent vingt pulsations, les seins étaient très flasques : depuis cette époque, l'amélioration a été progressive et ne s'est pas démentie. Je ne puis assurer si la mort a été arrêtée uniquement par la transfusion, et ce doute augmente, devant les effets salutaires, que l'opium avait produits. (Ingleby, *On uterine hemorrhage*, page 262.)

Pharmacologie, *Toxicologie*.

Expériences sur la cigue et la jusquiame; *par le professeur Geiger de Heidelberg*. — Dans le cours d'expériences chimiques faites tout récemment l'auteur est arrivé à quelques résultats très-intéressans sur le principe actif de ces deux plantes. La base du principe vénéneux de la ciguë est un sel organique qui paraît commencer une nouvelle série de ces substances organiques si intéressantes à connaître; en effet ce sel est volatil et semblable à une huile volatile. Les propriétés singulières de ce corps, soit à son état naturel, soit combiné avec les acides, les changemens brusques qu'il est susceptible d'éprouver et le jeu des brillantes couleurs qu'il présente lorsqu'il éprouve ces changemens, le rendent une des productions les plus curieuses de la chimie organique. Ses propriétés vénéneuses sont des plus actives, la moindre quantité prise à l'intérieur détermine la paralysie; et un ou deux grains suffisent pour faire périr le plus grand animal.

Une autre découverte de M. Geiger est celle du principe actif de la jusquiame : c'est aussi un sel organique, mais fixe et susceptible de cristalliser. Il forme des sels cristallisables avec les acides, et a une odeur désagréable. Quoiqu'il ne soit pas volatil, ses propriétés vénéneuses sont presque aussi délétères que celle de la substance ci-dessus décrite, mais ses effets ne sont pas semblables et pas aussi rapides. Des animaux auxquels l'auteur a administré cette substance, même à très faible dose, sont devenus languissans, ne pouvaient se tenir sur leurs pattes, ont été pris de mouvemens convulsifs, et sont morts dans l'espace de six heures. La propriété que possède cette substance de dilater la pupille est extrêmement remarquable, la moindre quantité appliquée sur l'œil d'un chat produit une dilatation de la pupille pendant les 24 heures suivantes, et la centième partie d'un grain

prolonge cet effet pendant sept à huit jours. (*Rep. patent Invent.* Mars 1833, et *The American Journ. of the medical sciences*. Mai 1832).

Remarques sur l'euphorbia corollata ; *par W. Zollickoffer.* — Cette plante, qui appartient à la famille des euphorbiacées de Jussieu, se distingue des nombreuses plantes du même genre par son ombelle à cinq rayons, tri-parti et dichotôme; ses feuilles et ses involucres oblongs, et obtus et les segmens de son calice pétaloïdes et colorés. Sa racine grosse et rameuse donne naissance à plusieurs tiges de deux à cinq pieds de haut; toutes ses parties sont lactescentes. Cette plante est très-commune dans certaines parties de la Virginie, de la Pensylvanie et du Maryland, où elle porte les divers noms de *Milkweell*, *Snake milk*, *Ipecacuanha indien*, etc. Elle croît dans les champs et sur un sol sec et sablonneux. La racine, seule partie employée, a un à deux pouces et demi de circonférence. L'alcohol, le vin et l'eau s'emparent de ses principes actifs. Elle paraît contenir, d'après les recherches de M. Zollickoffer, du caoutchouc, une résine particulière et du mucilage. Le kina, le cachou et probablement dit l'auteur, toutes les substances astringentes végétales détruisent les propriétés actives de cette plante. Cette assertion est fondée sur des expériences directes faites par l'auteur lui-même. Dans deux cas il prit douze grains de racine d'euphorbe à corolle en poudre, combinés avec six grains de cachou (cette dose est suffisante pour provoquer le vomissement) et il n'éprouva absolument aucun effet; il en fut de même lorsqu'il prit 25 grains de cette racine en poudre mêlés à 9 grains de cachou. L'opium paraît détruire la propriété émétique de cette substance.

La racine d'euphorbe à corolle, sur laquelle l'attention de l'auteur fut appelée en 1819, jouit de propriétés émétiques, diaphorétiques, expectorantes et épispastiques. C'est un vomitif doux, dont les effets sont certains, qui occasionne rarement de la douleur, des spasmes, ou des nausées violentes. Lorsque cette substance n'agit pas comme émétique elle provoque des selles liquides; la dose à laquelle on peut l'administrer comme émétique est de 15 à 20 grains. M. Zollickoffer pense que cette substance convient principalement lorsqu'on veut débarrasser promptement l'estomac des matières qui le surchargent et surtout dans les cas d'empoisonnemens; il la préfère aux autres émétiques en raison du peu de nausées et de malaise qu'elle produit. Lorsqu'on veut en obtenir un effet diaphorétique, la dose ne devra pas dépasser quatre grains toutes les trois heures. C'est surtout combiné avec l'opium dans les mêmes proportions que dans la *poudre d'ipécacuanha composée* de la pharmacopée de Londres que l'euphorbe à corolle agit d'une manière efficace comme sudorifique puissant. Administrée à la dose de trois grains donnée de temps en temps dans un peu de miel ou de sucre, cette substance paraît agir comme expecto-

rante. Enfin cette racine fraiche contuse et appliquée sur la peau détermine au bout de douze ou quinze heures une éruption considérable de boutons, analogue à celle que produit la pommade stibiée et sans occasionner aucun inconvénient pour le malade : l'auteur assure qu'elle peut remplacer avec avantage la pommade émétisée en ce qu'on peut entretenir l'éruption en appliquant une nouvelle quantité de cette racine contuse toutes les quarante huit heures. (*The american journ. of the med. sciences*. Mai 1833).

Effets du seigle ergoté; *par Diez*. — Voici le résumé des effets obtenus par l'auteur sur des animaux vivans. Chez les mammifères en général, et chez des chiens en particulier on observa, une aversion profonde pour le seigle ergoté, une salivation abondante, des vomissemens, la dilatation de la pupille, l'accélération de la respiration et des pulsations du cœur, des plaintes, du tremblement de tout le corps, une démarche chancelante, une paraplégie incomplette des membres postérieurs, tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, le développement du gaz dans les intestins, de l'abattement et de l'anerexie avec soif très-vive. La mort arrivait précédée d'une faiblesse extrême et de convulsions. Quelquefois aussi on put observer l'inflammation de la conjonctive et un mouvement de rotation de l'animal qui tournait sur lui-même dans la direction de droite à gauche. Une température élevée enlève au seigle ergoté ses parties actives, voilà pourquoi la décoction agit plus vîte, mais moins fortement que l'ergot en substance ; l'action de l'extrait est tout-à-fait nulle.

Le froid au-dessous de zéro ne modifie pas les propriétés du seigle ergoté; il les perd toutes, au contraire, lorsqu'il est desséché ou traité par la potasse. Le tiers d'une décoction de deux onces introduit dans le système circulatoire, amena rapidement la mort, tandis que la décoction de trois onces insérée tout entière dans l'estomac ne produisit que des symptômes peu appréciables.

Les résultats obtenus sur des cochons d'Inde et des chiennes grosses se résument ainsi :

1° Le seigle ergoté excite les contractions de l'utérus contenant les produits de la conception;

2° Les doses modérées provoquent l'accouchement sans nuire à la mère ni aux petits;

3° Les doses trop fortes amènent l'inflammation de la matrice ; l'accouchement n'a point lieu, et la mère succombe ainsi que les petits.

A l'autopsie d'une chienne, on trouva que la corne droite de l'utérus avait été seule le siége de l'inflammation. Les petits qu'elle contenait n'en étaient pas sortis et leur peau présentait des phlyctènes sur plusieurs points. Un autre, expulsé bien portant, se trouvait auparavant dans la partie gauche qui ne présentait pas de trace d'inflammation. Chez les cochons d'Inde les effets étaient analogues, seulement

ils exigeaient, pour être produits, des doses infiniment plus considérables.

Les essais faits sur des poules, des pigeons, des corbeaux donnent ce résultat : que le seigle ergoté agit avec plus de force sur les oiseaux carnivores que sur les oiseaux granivores. L'observation de Roulin, qui vit que les poules nourries avec du maïs ergoté pondaient des œufs sans coquille ne s'est pas confirmée. (*Allgemeine medicinische Zeitung*, janvier 1833.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 5 décembre (1). — M. Collineau, au nom de la commission, propose et fait adopter le rejet de divers *remèdes secrets.* — L'Académie repousse également, sur le rapport de M. Chevalier, les conclusions d'un travail de M. Alard, envoyé par le ministre de la marine, et dans lequel le chlorure de soufre est présenté comme spécifique de la cholérine, et comme le meilleur moyen de désinfecter les objets contaminés par les cholériques.

Pain de farines de froment et de fèves. — M. Chevalier lit un autre rapport demandé encore par le ministre, sur la comparaison de deux pains faits, l'un avec un mélange de farines de froment et de fèves, et l'autre avec un mélange de farines de froment et de seigle. Le premier de ces pains avait été fabriqué, contre la teneur des marchés, pour les prisonniers de la maison de détention de Fontevrault. La commission, par l'examen des farines dont le ministre avait envoyé des échantillons, a reconnu les mélanges ci-dessus indiqués ; elle prononce conséquemment que ni l'une ni l'autre ne contiennent de substances nuisibles ; mais elle pense que le pain fait avec le mélange de farines de froment et de fèves est inférieur en qualité à celui fait avec le mélange de farines de froment et de seigle ; elle le dit d'un goût moins agréable, d'une digestion plus difficile, sans cependant être pour cela de nature à provoquer par son usage prolongé des accidens graves. — Une discussion s'engage sur cette dernière conclusion. L'Académie décide qu'il sera exprimé au rapport, non seulement que le pain de froment et de fèves est plus difficile à digérer que celui de froment et de seigle, mais encore que son usage long-temps continué peut amener des résultats fâcheux.

(1) L'étendue des comptes-rendus des séances occupées par la discussion sur l'organisation de la médecine, nous a empêché de suivre les autres travaux de l'Académie ; nous reprenons ici cet arriéré.

Induration squirrheuse du pylore et du commencement du duodénum, a la suite d'un empoisonnement par l'acide nitrique. *Observation communiquée par M. le professeur Bouillaud.* — Un homme de 34 ans avala, le 18 juin 1833, un verre d'eau forte (acide nitrique) pour se suicider : il en rejette aussitôt par le vomissement la plus grande partie. Cependant se déclarent bientôt les symptômes de ce genre d'empoisonnement, et une gastrite intense, auxquels on oppose la magnésie, les sangsues, la saignée, tout le traitement antiphlogistique. Le malade entre à la Charité le 26 juin ; le traitement est continué, et le malade paraît assez rétabli pour en sortir le 20 juillet. Il y revient trois semaines après, accusant, après avoir mangé, de vives douleurs le long de l'œsophage et à l'épigastre, et éprouvant de fréquens vomissemens. On croit reconnaître quelques symptômes d'hydropisie ascite, mais ils se dissipent bientôt, et cependant le malade meurt au milieu de septembre, trois mois après l'empoisonnement. La nécropsie fait voir un rétrécissement du pylore tel que son diamètre est réduit à une ligne, et ce rétrécissement s'étend à un pouce et demi dans le duodénum ; les tissus qui l'entourent sont évidemment lardacés, squirrheux ; la membrane muqueuse offrait çà et là des rougeurs, des indices de ramollissement, et quelques ulcérations qui étaient déjà en grande partie cicatrisées. M. Bouillaud cite ce fait comme un exemple d'induration squirrheuse, suite d'une gastrite, et d'une gastrite suscitée par cause externe, et il l'oppose à cette assertion du *Dictionnaire de médecine*, article *Inflammation*, que les inflammations artificiellement produites ne donnent jamais naissance au squirrhe. — Une discussion peu intéressante s'élève sur ce sujet.

Séance du 19 décembre. — On procède aux scrutins pour la nomination d'un président, vice-présent et secrétaire. M. Orfila, vice-président actuel, annonce que plusieurs membres lui ont exprimé l'intention de le nommer président ; il les prie d'accepter ses excuses et remercimens ; mais il ne pourrait accepter l'honneur qui lui serait fait. Au premier tour de scrutin, M. Boulay est nommé président ; après un premier scrutin qui ne donne pas de majorité, M. Lisfranc, à un deuxième scrutin, est nommé vice-président à 42 voix sur 66. A un premier tour de scrutin, pour la nomination d'un secrétaire, aucune majorité n'est acquise ; M. Delens et M. P. Dubois, qui ont obtenu le plus de voix, annoncent que leurs occupations ne leur permettent pas d'accepter ; à un deuxième tour de scrutin, M. Renauldin est élu secrétaire à 44 voix sur 55 votans.

Séance du 26 décembre. — Nomination de trois membres du conseil ; au premier tour de scrutin sont élus MM. Husson et Guéneau de Mussy ; à un deuxième tour, est nommé M. Double.

Sont nommés membres de la commission des épidémies, MM. Bally,

Dupuy et Jadelot; de la commission des remèdes secrets, MM. Salmade et Bricheteau; de la commission de vaccine, MM. Girard et Cornac; de la commission des eaux minérales : MM. Patissier et Louyer-Villermay; et du comité de publication, MM. Breschet, Virey et Mérat, Réveillé Parise et Bousquet.

Etangs artificiels. — A l'occasion de deux étangs nouveaux que des propriétaires veulent établir dans le département de la Loire, M. le ministre des travaux publics pose à l'académie la question de savoir s'il n'y aurait pas convenance à ranger la formation des étangs artificiels parmi les établissemens dits *dangereux*, *insalubres* ou *incommodes*, et qui, à ce titre, ne peuvent être fondés que conformément aux règles prescrites par le décret du 15 octobre 1810. M. Chevalier, au nom d'une commission que l'académie avait chargée de l'examen de cette affaire, propose de répondre au ministre : 1° que les étangs sont certainement des établissemens qui peuvent, dans le plus grand nombre des cas, compromettre la santé publique; 2° qu'à ce titre, il faut ranger la formation des étangs artificiels parmi les établissemens dits *dangereux*, *insalubres* ou *incommodes*, que régit le decret du 15 octobre 1810; 3° enfin, qu'il faut placer les étangs artificiels dans la première classe des établissemens dits *insalubres*, *dangereux* ou *incommodes*. — Adopté.

Séance du 31 décembre.—Créosote. — M. Lemire de Choisy annonce qu'il a retiré de la distillation du goudron plus de 25 livres de créosote, d'aussi bonne qualité que celle de M. Reichenbach. M. Chevalier ajoute que MM. Olivier et Billard se livrent à le même fabrication et pourront bientôt en fournir pour toutes les demandes.

M. Breschet dit avoir fait application de la créosote sur un ulcère cancéreux du nez. Cette application, faite avec un pinceau, a été suivie de détersion, et d'une amélioration sensible.

M. Villeneuve commence la lecture d'un rapport sur les épidémies; nous en présenterons l'analyse quand la lecture sera achevée.

Séance du 7 janvier. — Épidémies. — M. Villeneuve termine le rapport dont il avait commencé la lecture dans la séance du 31 décembre. Ce rapport, fait au nom de la commission des épidémies, a trait à toutes les épidémies qui ont regné en France depuis 1771 jusqu'en 1830, et dont les relations, au nombre de 1160, sont parvenues à l'Académie. Il sera suivi chaque année d'un semblable rapport sur les épidémies postérieures à 1830. — Celles dont il est question dans celui-ci sont au nombre de 900 environ; elles ont intéressé 1370 communes, 179 arrondissemens, 72 départemens. Dans les tableaux qu'en a dressés par département la commission, elle a indiqué successivement, et dans autant de colonnes, les noms des hameaux, ou communes atteintes; l'état, la nature et la disposition du sol et des eaux; l'hygiène et la condition des habitans; les noms des maladies régnantes; l'époque de leur invasion et de leur terminaison; le nom-

bre des habitans, celui des malades et celui des morts. Trop souvent, sur ces divers points de l'histoire des épidémies, la commission a manqué de renseignemens certains et précis. Souvent, par exemple, les relations qu'elle a consultées contenaient écrits, d'une manière incorrecte, les noms des communes. Souvent elles laissaient à désirer, sur la topographie des lieux, qui du reste a dû beaucoup changer depuis 60 ans; sur les noms des maladies, qui tour-à-tour ont été désignées d'après le système médical dominant au moment où elles ont sévi; sur leur symptomatologie, leur anatomie pathologique, etc. Mais la commission a voulu surtout, par ce premier rapport, liquider l'arriéré qu'avaient légué à l'Académie la Société royale de Médecine et la Société de la Faculté de Médecine de Paris, les deux corporations que depuis 1776 le gouvernement avait chargées de recueillir l'histoire des épidémies de la France, et dont l'Académie actuelle a été appelée à continuer les travaux. M. Villeneuve remarque que presque tous les observateurs d'épidémies de fièvres putrides, malignes, adynamiques, ataxiques, typhoïdes, etc., ont assigné à ces maladies un caractère contagieux, non-seulement immédiat, mais médiat. Enumérant les causes auxquelles les auteurs des relations ont surtout attribué les épidémies, il en mentionne cinq principales : 1.° les *altérations de l'air* par l'action des étangs, des marais salans, des prairies inondées, des rouissoirs, des tourbières, des marécages, des mares situées dans l'intérieur des villages, des fumiers qu'on y entasse autour des habitations, du mauvais placement des cimetières, etc. 2.° *L'insalubrité des habitations*, par suite d'une vicieuse construction des maisons, de leur mauvaise exposition, de l'accumulation dans leur intérieur de denrées et de provisions qui en vicient l'air, de la malpropreté, de la réunion d'un trop grand nombre d'hommes et d'animaux dans ces habitations. Les médecins des arrondissemens ont ici fait mention des églises souvent trop éloignées des communes, ou situées sur un sol trop bas, et devant à une telle situation d'être froides et humides. 3.° *La mauvaise qualité des alimens et des boissons*, et ici on aura peine à croire, mais la preuve en est donnée dans les relations, qu'en certains lieux de notre belle France on a manqué des alimens les plus indispensables, que des populations ont été obligées de manger de l'herbe et ont été privées d'eau. 4.° *L'excès ou l'imprévoyance dans les travaux*, soit que ces travaux aient été par eux-mêmes insalubres, soit qu'on s'y soit livré avec excès et sans précautions. 5.° Enfin, les *affections morales débilitantes*, *l'ignorance*, les *préjugés*. Le rapporteur cite ici quelques faits qui prouvent combien sont répandues encore les habitudes ignorantes : en 1821, par exemple, et dans le département de l'Oise, dans l'épidémie de suette qui a désolé ces contrées voisines de la capitale, on a vu les malades renfermés pendant l'été dans des chambres fortement échauffées, sur-

chargés de couvertures, et arrachés sans cesse par des stimulations intempestives au besoin de sommeil qui les accablait, sous le prétexte que ce sommeil devait leur être funeste. Presque partout on a vu les malades préférer aux habiles médecins de misérables charlatans qui n'opposaient à leur mal que des remèdes bizarres et insignifians. On cite ici un substitut du procureur du roi, qui, malade, en appela au bourreau, *donnant ce honteux exemple de crédulité comme homme instruit, et d'oubli de la loi comme magistrat.* Pour éviter le reproche d'avoir exagéré, il rapporte textuellement plusieurs relations; une de la commune de Larcat, département de l'Arriège, où se trouvent réunis tous les vices possibles d'habitations misérables; une autre de la commune de Vibron, département de la Lozère, qui présente entassés dans une immonde chaumière, le vieillard et l'enfant naissant, les hommes et les femmes, les individus bien portans et les malades, les hommes et les animaux, et souvent les vivans et les morts; une autre de la commune de Saint-Romain-sur-Meuse, département de la Haute-Marne, dans laquelle il est dit que la misère fut telle que les malades furent abandonnés.

Pour prévenir de pareils maux et y porter remède, la commission de l'Académie propose de créer en chaque sous-préfecture un conseil de salubrité composé d'administrateurs, de médecins, de pharmaciens, d'agriculteurs, de manufacturiers et d'un architecte, à l'effet de combattre sans cesse toutes les causes d'insalubrité propres à provoquer ainsi des épidémies. Elle applaudit aux efforts du gouvernement pour éclairer partout le peuple. Elle blâme l'incurie de quelques autorités municipales qui, contrairement aux lois sur la police médicale, permettent l'exercice de la médecine à de vils et dangereux charlatans. Elle rend hommage au zèle du plus grand nombre des médecins des épidémies. Elle termine en demandant: 1.° l'institution, dans le sein de l'Académie, d'une commission chargée de travailler à la topographie de la France. 2.° L'insertion dans la partie historique des mémoires de l'Académie, des noms des médecins des épidémies dont elle a distingué les relations. 3.° Le renvoi au comité de publication de dix de ces relations qu'elle a plus particulièrement distinguées, savoir: Lemercier, de la Mayenne, Madin, de Verdun (Meuse); Dourlen et Zandyck, à Dunkerque; Bertrand et Lavort, à Clermont (Puy-de-Dôme); Flamand, à Lure, département de la Haute-Saône; et Mozard, à Bellac, département de la Haute-Vienne. Elle propose encore de demander au ministre d'imposer aux médecins des épidémies un mode uniforme de recueillir les observations des épidémies, analogue au tableau exécuté dans le département de la Somme, par le docteur Trannoy.

Une longue discussion s'établit sur ce rapport. D'une part, quelques membres n'approuvent pas le conseil qu'a donné la commission

de cultiver le maïs dans les pays pauvres, et où il y a manque fréquent de subsistance; des deux espèces connues de maïs, le grand, qui ne peut être cultivé que dans les départemens du Midi, est très-sujet à la gelée, et le *petit*, que l'on récolte aux environs de Paris, est d'un trop faible rapport pour que son produit compense les peines que donne sa culture. La farine de maïs d'ailleurs ne renferme pas de gluten, n'est pas susceptible de fermentation, et ne peut servir à faire du pain. D'autre part, d'autres membres croient que la commission a exagéré l'état de misère dans lequel elle a représenté certaines populations; et en admettant que cet état soit réel, ils croient qu'il n'y a pas convenance de le dire dans un rapport destiné à être publié. M. le rapporteur oppose au doute qu'on élève à cet égard les relations elles-mêmes où il a puisé les détails, et il en lit quelques passages pour prouver qu'il n'a fait que rapporter ce qui est raconté. La continuation de la discussion est renvoyée à une autre séance.

Vice de conformation. — M. Bourdois présente à l'Académie un jeune homme né sans mains, sans avant-bras, et sans pieds; chaque jambe n'est formée que d'un tibia recouvert de la peau; elle manque de péroné et de muscles; l'individu est forcé de marcher sur ses genoux.

M. Ricord présente un spéculum modifié pour opérer la ligature des tumeurs utérines. Nous reviendrons sur cet instrument lors du rapport qui sera fait.

Séance du 14 janvier. — Épidémies. — La discussion s'établit sur le rapport de la commission des épidémies. Après un assez long débat, l'Académie décide, qu'une commission sera formée dans son sein pour travailler à la topographie de diverses communes de la France. Elle adopte de même les propositions de publier dans la partie historique de ses mémoires les noms des auteurs de relation d'épidémies auxquelles a trait le rapport, ainsi que le renvoi au comité de publication des dix relations signalées par la commission. Elle décide que la commission préparera un modèle de tableau uniforme, qui sera ensuite envoyé aux médecins des épidémies, pour les guider dans les descriptions qui leur sont demandées sur les épidémies. Enfin, l'Académie décide que le rapport de la commission et les tableaux qui y sont joints seront envoyés simultanément et au ministre de l'intérieur, et au comité de publication.

Séance du 25 janvier. — Continuation de la discussion du projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine. — La discussion s'engage sur la partie du rapport qui concerne les remèdes secrets.

Sont d'abord adoptés sans discussion les six premiers articles. *Art.* 1er. Il ne doit plus y avoir de remèdes secrets. *Art.* 2. Les inventeurs de remèdes nouveaux pourront, quand ils voudront s'en as-

surer la propriété légale, obtenir une patente de garantie dont la durée sera limitée. *Art.* 3. Les patentes de garantie seront délivrées par le ministre de l'intérieur, sur l'avis, et moyennant l'approbation de l'Académie royale de médecine. *Art.* 4. L'examen et l'approbation de l'Académie devront surtout avoir pour but de constater la nouveauté et l'utilité du remède. *Art.* 5. Il est expressement déclaré que de légers changemens de forme, de préparation, de doses, ne pourront fournir matière à une patente de garantie. *Art.* 6. Tout remède nouveau, approuvé par l'Académie, et patenté par le gouvernement, devra avoir son dépôt dans des officines légalement établies : partout ailleurs, le débit en sera puni par les peines voulues.

L'art. 7 est ainsi conçu : *les patentes de garantie seront délivrées pour* 10, 15, 20 *ans, à la volonté du demandeur. Une fois l'époque consentie, il n'y aura point de prorogation possible.* — M. Desportes pense que la durée du monopole accordé à l'inventeur d'un remède nouveau est trop considérable, et par exemple, qu'un remède connu depuis 20 ans ne pourra plus être dit *nouveau*. M. Adelon reconnaît que le monopole étant le moyen par lequel on récompense l'inventeur d'un remède, il y a nécessité de proportionner la durée de ce monopole à l'importance de la découverte; mais il se demande pourquoi on laisse cette durée à *la volonté du demandeur* : il est évident que celui-ci demandera toujours le plus long terme. La commission à la vérité, a cherché a prevenir ces inconvéniens en faisant payer aux demandeurs des patentes de garantie une taxe d'autant plus forte, qu'ils demanderont un privilège plus prolongé, par exemple, 1000 f., pour une durée de 10 ans, 1500 f. pour une durée de 15 ans, et 2000 f. pour une durée de 20 ans. Mais cette différence de 1000 f. ne lui paraît pas être suffisante pour empêcher les demandeurs de demander le plus long terme. Pendant ce long temps, le remède se vendra sans concurrence, et par conséquent à un prix plus élevé. M. Adelon pense qu'il eût mieux valu que l'Académie, appréciant la valeur de l'invention, fixât elle-même la durée de la patente de la garantie. — M. Double réplique que la pensée de la commission a été de respecter autant que possible dans l'inventeur d'un remède reconnu *nouveau* et *utile* le droit de propriété, et qu'il y a garantie suffisante à ce que l'inventeur ne réclame pas un trop long monopole dans la taxe plus forte à laquelle il est alors préalablement soumis. L'esprit de cet article sera d'ailleurs mieux compris, quand la discussion sera arrivée aux articles 18 et 19. L'article 7 est adopté.

Il est de même de l'art. 8. Tout demandeur d'une patente de garantie pour un remède nouveau, sera tenu de déposer au secrétariat du ministre de l'intérieur, et sous cachet, copie double de la description du remède avec la composition et la véritable mode de prépara tion : il y joindra un échantillon du remède. L'un de ces paquets sera

adressé à l'Académie royale de médecine, qui devra en conserver dépôt, quel que soit son prononcé : l'autre restera au gouvernement pour le dit paquet être ouvert au moment où l'inventeur retirera son titre de propriété. — MM. Lodibert et Chevalier avaient demandé que l'inventeur fût tenu de préparer son remède devant les commisaires de l'Académie ; mais il leur a été objecté, qu'il n'était pas nécessaire d'écrire dans la loi une condition qui, en beaucoup de cas, serait inutile et pourrait être pénible pour un inventeur habitant loin de Paris, puisqu'il était toujours loisible à l'Académie d'exiger cette condition, quand elle lui serait nécessaire pour pouvoir porter son jugement.

Art. 9. Le catalogue des remèdes nouveaux soumis à l'Académie royale de médecine, aussi bien que le catalogue semblable déposé au secrétariat du ministre, devront rester publics. Il sera loisible à tous le monde d'aller les consulter. Quelques membres pensent que le mot *catalogue* indique, que la liste des remèdes nouveaux n'en contiendra que le titre et non la formule ; si celle-ci était ainsi connue de quiconque le voudrait, le privilège de la patente serait illusoire. — M. Double répond, 1° qu'il faut bien que la formule du remède nouveau soit publiée, sinon ce remède resterait secret ; 2° que la publication de la formule n'entraîne pas le droit de l'exécuter et de le vendre, mais que le possesseur de la patente aura le même droit que le possesseur d'nn brevet d'invention, celui de poursuivre et faire condamner par les tribunaux quiconque empiète sur le monopole qui lui est concédé. — Après ces explications, l'article 9 est adopté.

Sont adoptés de même les *art.* 10 et 11. *Art.* 10, le propriétaire d'une patente de garantie sera libre de constituer autant de dépôts que bon lui semblera du médicament patenté, mais seulement dans les différentes officines du royaume, sauf à prendre avec les propriétaires de ces officines les arrangemens convenables aux deux parties. *Art.* 11, à l'expiration du délai de chaque patente de garantie, la formule, la description, la composition et le mode de préparation du remède, seront rendues publiques par la voie des journaux officiels : alors il rentrera dans la domaine public.

Art. 12. La déchéance des patentes de garantie concédées sera prononcée par les tribunaux, si le concessionnaire manque à quelqu'un de ses engagemens ; s'il est convaincu d'avoir en donnant la recette, caché ou dissimulé les *véritables* élémens de sa composition ; si l'inventeur a été bréveté pour un remède déjà consigné et décrit dans des ouvrages imprimés et publiés. — *Art.* 13. La déchéance, quelle qu'en soit l'époque, entraîne toujours pour le patenté la perte du montant de la taxe de la patente de garantie. — D'une part on demande à *l'art.* 12, la suppression du mot *véritable*. D'autre part, on remarque qu'il n'est pas juste de faire perdre à un patenté la taxe de la patente, lorsqu'il

est déchu, sur le motif que son remède était déjà consigné dans des livres ; ici, la faute serait à l'Académie. M. Double répond qu'il n'y a faute de personne, parce qu'il n'est pas toujours facile de savoir si un remède présenté comme nouveau n'a pas déjà été proposé dans des temps reculés ; mais il pense qu'il y a lieu dans ce cas à ne pas faire perdre au patenté la taxe de la patente, et il faudra modifier l'article 13 en ce sens.

Sont adoptés sans discussion importante les trois articles suivans. *Art.* 14. Toutes les décisions de l'Académie en fait de demandes de patentes, quel qu'en soit le résultat, devront être inserées au journal officiel. — *Art.* 15. Il sera prélevé une taxe pour le droit de communication des registres des patentes de garanties, tant à l'Académie royale de médecine qu'au ministère de l'intérieur. Néanmoins, les membres de l'Académie royale de médecine pourront consulter ce dépôt à volonté sans être assujetti à la taxe. *Art.* 16. Il sera établi une taxe pour le droit de patente de garantie, et cette taxe sera proportionnée à la durée de la patente.

Art. 17. La taxe du droit de communication des patentes de garantie sera de 10 fr. La taxe pour le droit de patente de garantie sera pour la patente de 10 ans 1,000 fr. ; pour celle de 15 ans, de 1,500 ; et pour celle de 20 ans, 2000 : le demandeur aura de plus à payer pour frais d'expédition, 50 fr. — MM. Villeneuve et Desportes trouvent qu'il y a abus à accorder à l'inventeur d'un remède nouveau le monopole de la vente pour 20 ans ; il faudrait, selon eux, diminuer la durée des patentes, et augmenter la taxe qui leur est imposée. — M. Moreau propose de fixer aux patentes de garantie quatre durées : celle de 5, 10, 15, et 20 ans, et les taxes imposées à chacune d'elles seraient de 1,000, 12,000, 5,000 et 10,000 fr. — M. Double lui objecte que, par l'article du projet, l'Académie n'a admis que trois durées ; celles de 10, 15, et 20 ans. — M. Adelon trouve trop faible la somme de 2000 fr. pour les patentes de garantie d'une durée de 20 ans, chaque inventeur en fera le sacrifice, pour obtenir un aussi long monopole, il propose de substituer aux chiffres de la commision ceux de 2,000, 4,000 et 6,000 fr. Cependant, il désire savoir si l'argent de la taxe est acquis à l'état, car en ce cas il serait plus discret à demander une augmentation. — M. Double lui répond affirmativement ; alors il abandonne son amendement qui est repris par M. Chevalier, et adopté par l'Académie.

Séance du 1er *février.* — La discussion commence par *l'art.* 18. Le demandeur sera tenu d'acquitter la moitié du montant de la taxe de la patente de garantie, en présentant sa requête. Il devra déposer sa soumission d'acquitter le restant six mois après la concession délivrée. En cas de refus de la patente, la somme versée lors de la présentation de la requête sera immédiatement restituée ; cette somme serait

au contraire acquise à l'état, si le demandeur renonçait à sa demande. — M. Adelon craint qu'en exigeant, dès le principe, la moitié de la taxe, on n'empêche les petites fortunes de pouvoir jamais demander une patente de garantie de 20 ans; il propose de n'exiger, lors de la présentation de la requête, que la moitié de la plus petite des trois sommes fixées. — M. Double réplique que la pensée de la commision a été de rendre plus discrets les demandeurs de patentes de garantie en général, et surtout de patentes devant durer 20 ans. — L'art. 18 est adopté.

Les deux derniers articles sur les remèdes secrets le sont également. *Art*, 19. Les inventeurs d'un remède déclaré nouveau, jugé utile, qui voudront en gratifier tout de suite la société pour qu'elle en jouisse librement, pleinement, seront recommandés au ministère de l'intérieur pour des récompenses proportionnées à l'importance de la découverte. — *Art*. 20. Par la promulgation de la loi, toutes les lois, tous les décrets, toutes les ordonnances, tous les arrêts, avis du conseil d'état ou autres, touchant la matière de remèdes secrets, antérieurement rendus, sont et demeurent abrogés. Il a été seulement observé sur ce dernier article, que pour abroger ainsi toutes les législations antécédentes il faut être bien sûr de n'avoir rien omis, et que peut-être il serait plus prudent d'user de cette formule accoutumée : toutes les dispositions contraires à celle de la présente loi sont abrogées. Sur la remarque de MM. Cornac et Orfila, il est aussi convenu que les règles de la présente loi ne sont pas applicables à ceux des remèdes nouveaux qui ont obtenu une autorisation : plusieurs membres seulement déplorent la facilité avec laquelle le gouvernement se laisse surprendre ces autorisations, sur le motif faux que la substance est un comestible ou un objet de confiterie, et que l'inventeur sollicite pour elle un brevet d'invention. Ils rappellent que l'Académie a plusieurs fois averti le ministre que des brevets d'invention ne pouvaient être accordés pour médicamens, puisque, d'après la loi, un médicament ne peut être préparé et vendu que par des pharmaciens, et ne peut être prescrit que par des médecins. C'est à prevenir ces violations des lois que serviront surtout les conseils médicaux.

Dans le programme des questions posées à l'Académie était celle-ci : est-il nécessaire de prévenir par une disposition spéciale l'exception souvent réclamée par des dentistes, des renoueurs non pourvus de diplômes, et quelquefois admises par les tribunaux? En réponse à cette question la commission a proposé d'introduire dans la loi un article ainsi conçu : nul ne pourra exercer desormais la médecine ou la chirurgie, soit en totalité, soit en partie, s'il n'a été reçu dans une des Facultés du royaume. Quelques membres, MM. Villeneuve, Pelletier, voudraient que la loi énumérât ici les diverses branches de l'art

de guérir, les professions de *dentiste*, d'*oculiste*, de *lithotomiste*, etc., M. Adelon dit au contraire que les lois ne doivent pas plus énumérer que définir, et qu'il faut y introduire des expressions générales qui renferment tous les cas ; le texte proposé par la commision est sans doute préférable à celui de la loi actuelle ; mais il faudrait cependant y comprendre les accouchemens, pour l'exercice desquels il y a un titre spécial, celui de *sages-femmes*. L'article est adopté en ces termes; nul ne pourra exercer une des branches quelconques de l'art de guérir, s'il n'a obtenu un titre légal.

La discussion s'établit sur un article ainsi conçu: nul ne pourra cumuler à l'avenir l'exercice de la médecine, de la pharmacie, sous peine d'une amende de 1000 francs: l'amende sera triple en cas de récidive. Quelques membres, M. Husson par exemple, blament l'article; lorsqu'un citoyen a satisfait à toutes les obligations imposées à l'exercice d'une profession, cet exercice ne peut lui être interdit. Il lui est objecté: que les lois ont proclamé bien d'autres incompatibilités, et que celle-ci est réellement fondée en raison: il sera sans doute loisible à un médecin de se faire pharmacien, et à un pharmacien de se faire médecin; le même individu pourra tour-à-tour exercer, ou l'une ou l'autre de ces professions; mais il lui sera interdit de l'exercer simultanément. M. Lodibert rappelle que cela existait dans l'ancienne législation; M. de Jussieu abandonna la médecine à Paris, pour aller se faire pharmacien à Lyon. L'article est adopté, avec cette modification dans ces termes: nul ne pourra à l'avenir cumuler l'exercice de la médecine ou de la pharmacie d'une part, et de la pharmacie de l'autre, sous peine, etc.

Il en est de même du suivant: Nul docteur ou officier de santé ne pourra contracter avec un pharmacien aucun compromis, aucune association, soit directement, soit indirectement, tendant à se procurer quelque gain ou profit venant de leurs malades, à peine d'une amende de 500 francs. L'amende pourra être triple en cas de récidive. Seulement, sur la proposition de M. Chervin, l'amende a été portée à 1000 francs.

Séance du 8 février. — La discussion commence par l'article suivant: toute substitution frauduleuse d'un individu à un autre individu dans un ou plusieurs des actes probatoires, sera punie de la perte du temps d'étude révolu, et du montant des inscriptions acquises par les deux délinquans. De plus, la Faculté, suivant les circonstances, pourra renvoyer le principal coupable devant les tribunaux, sous l'accusation de faux en matière d'écriture privée. M. Adelon fait observer que c'est ce qui se fait maintenant: l'article est adopté.

Il en est est de même du suivant: Nul ne peut exercer de fonction publique quelconque, soit de chirurgie, soit de pharmacie, s'il n'est docteur ou pharmacien reçu à une des écoles de pharmacie. Envain

M. Adelon fait remarquer que le texte de cet article est tel qu'on ne pourrait demander une expertise médicale à un officier de santé, ou à un pharmacien reçu par un jury dans un cas où il serait impossible de s'adresser à un docteur, ou à un pharmacien de première classe: l'académie adopte malgré cette remarque.

Une longue discussion s'engage sur cet autre article : Tout médecin, chirurgien, ou pharmacien gradué dans les universités étrangères, qui voudra obtenir le droit d'exercer en France, devra avant l'autorisation du gouvernement, s'être présenté devant une des Facultés du royaume pour y faire preuve de capacité. Les conditions seront pour les médecins et chirurgiens, deux examens cliniques et une thèse. et pour les pharmaciens trois opérations chimiques et une thèse: MM. Villeneuve et Orfila demandent que la réception dans une université étrangère n'exempte que du temps d'étude, et que les étrangers soient tenus de satisfaire à tous les actes probatoires : M. Adelon remarque que la proposition de la commission constitue une espèce d'agrégation, institue une classe particulière de médecins, intermédiaire aux docteurs français et aux docteurs étrangers; si l'académie adopte ce principe, il demande qu'au moins un des examens cliniques soit remplacé par un examen théorique. M. Double reconnait qu'en effet les examens exigés des étrangers gradués en universités étrangères ne leur donneront que le droit d'exercer, mais non la qualité de docteur français; du reste, il consent à la modification proposée par M. Adelon. Une discussion incidente s'élève sur ce qui arrive aux docteurs français, qui veulent exercer leur art en pays étrangers. M. Londe dit qu'en Russie, on exige d'eux deux examens lesquels ne leur donnent pas la qualité de docteur russe, mais seulement le droit d'exercer. M. Velpeau dit qu'il en est de même en bien d'autres pays, où, après trois nouveaux examens, ils ne sont encore considérés que comme officiers de santé. M. Lodibert établit qu'en beaucoup d'autres pays au contraire, en Amérique, au Bresil, en Egypte, par exemple, les docteurs français, sur le vu de leur diplôme, ont aussitôt droit d'exercer. M. Orfila dit qu'en Suisse, on exige tous les examens; et qu'en Espagne on n'exempte même pas de la scholarité. M. Double réplique que quelle que soit la conduite des autres gouvervemens à l'égard des docteurs français, il appartient à la France de donner un noble exemple. Quelques médecins demandent si la mesure s'appliquera aux médecins étrangers qui ont obtenu déjà des autorisations: il leur est repondu qu'il n'y aura pas plus de rétroactivité en ce cas que dans d'autres. M. Desportes demande que les receptions des médecins étrangers soient gratuites, et M. Orfila appuye cette proposition. M. Adelon la combat; il ne voit pas pourquoi on accorderait aux étrangers ce que l'on refuse à des nationaux qui ont souvent un aussi pressant besoin de cette faveur; ne peut-il pas

arriver d'ailleurs que, parmi ces médecins exilés, il y ait des personnes riches? Il faut laisser tout ceci à la volonté du gouvernement, ou au moins indiquer que la faveur ne sera faite qu'aux refugiés qui reçoivent des secours de l'État. L'académie enfin adopte l'article avec ces amendemens, que, pour les médecins et chirurgiens, un des examens de clinique sera remplacé par un examen théorique; que pour les pharmaciens, il y aura outre les trois opérations chimiques et la thèse un examen théorique; et qu'enfin la réception ne sera gratuite que pour les refugiés politiques et qui reçoivent des secours de l'État.

M. le président met en discussion les deux propositions suivantes de la commission : 1.° les édits et ordonnances dont on s'appuie, pour prescrire aux médecins la délation dans l'exercice de leur art, devront être abrogés par une loi expresse. 2.° *L'art.* 378 du Code pénal sera désormais formulé ainsi : les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et autres personnes dépositaires des secrets qu'on leur confie, qui auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un à six mois, et d'une amende de 100 à 500 fr. — La commission propose de retrancher de cet article les mots suivans qui semblent faire de la dénonciation un devoir : *Hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs.* — M. Adelon appuie la première proposition, mais combat la seconde. C'est, dit-il, à un édit de 1666, qu'on se reporte pour obliger les chirurgiens à faire la déclaration des personnes qui sont venues réclamer leurs soins pour blessures : or, cet édit de 1666 est relatif à la police en général; il stipule pour le nettoiement des rues, le port-d'armes, etc. Pour juger cet édit, il faut se reporter au temps auquel il a été rendu, où en plein jour, et surtout les nuits, il y avait des batailles dans les rues de Paris, entre le guet et les malfaiteurs. Un seul article regarde les chirurgiens, *l'art.* 19, et en voici le texte : « Enjoignons à tous compagnons chirurgiens qui travaillent « en chambre de se retirer incontinent chez les maîtres, à peine de « confiscation de leurs outils de chirurgie et de 100 livres d'amende « pour la première fois, et, en cas de récidive, voulons qu'ils soient « condamnés au bannissement. A l'égard des maîtres chirurgiens, ils « seront tenus de tenir boutiques ouvertes, à peine de 200 livres d'a- « mende pour la première fois, et en cas de récidive, d'interdiction « de la maîtrise pendant un an, et pour la troisième de la privation « de la maîtrise. Seront tenus lesdits chirurgiens de déclarer au « commissaire du quartier les blessés qu'ils auront pansés chez eux « ou ailleurs, pour en être fait par ledit commissaire rapport à la « police, de quoi faire lesdits chirurgiens seront tenus sous les mêmes « peines que dessus. » Il est donc évident que, dans cet édit, il ne s'agissait que de la tranquillité publique, et sous ce rapport il pouvait avoir son utilité dans un temps où les chirurgiens offraient moins de

garanties qu'aujourd'hui, et où il s'agissait de saisir des voleurs et assassins blessés par le guet. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui, et j'appuie l'abrogation de l'art. 19 de ce vieil édit. Mais je m'oppose à la modification que propose la commission dans *l'art.* 378 du Code pénal. Cet article punit les personnes qui ayant, par profession, reçu la confidence d'un secret violent ce secret; il stipule dans l'intérêt des particuliers; mais par les mots dont la commission propose la suppression, il fait réserve pour les cas où le salut public est intéressé, et c'est qui est dans toute loi quelconque. En exceptant des cas où la violation d'un secret est punie, ceux où la loi oblige à se porter dénonciateurs, *l'art.* 378 est mis en corrélation avec l'esprit général de toutes nos lois, et particulièrement avec l'art. 29 du Code d'instruction criminelle, qui veut que toute personne qui a connaissance d'un délit ou d'un crime en donne avis au procureur du roi. Il y a d'autant moins d'inconvéniens à laisser subsister la phrase dont la commission demande la suppression, que comme la loi se borne à inviter à dénoncer au procureur du roi les délits et les crimes, et ne punit pas ou ne le fait pas, c'est comme par le fait si elle laissait juge des cas dans lesquels on doit parler et de ceux dans lesquels on doit se taire. Par la suppression demandée, la conscience au contraire est enchaînée, et il sera interdit de parler lorsque l'on croira de son devoir de le faire. M. Villeneuve ajoute, que *l'art.* 378 dans le texte duquel on demande une suppression, ne s'applique pas seulement aux ministres de l'art de guérir, mais aux agens d'autres professions, à des notaires, des avocats, par exemple, et sur les devoirs desquels l'Académie, certes, n'a pas à s'expliquer. — M. Maingault appuie la remarque de M. Adelon, et demande ce qu'un médecin devra faire, si, appelé près d'un assassin, il voit poursuivre un innocent pour le fait qu'il sait être l'œuvre de l'assassin. — M. Villeneuve veut qu'il soit exprimé que l'Académie n'entend ici stipuler que pour les ministres de l'art de guérir. — Le rapporteur, M. Double, répond que cela est entendu; mais il ne se rend pas aux remarques de MM. Adelon et Maingault, et les deux propositions de la commission sont adoptées telles qu'elles avaient été présentées.

Académie royale des Sciences.

Séance du 13 *janvier.* — Traitement du cirsocèle et du varicocèle. — M. Breschet lit un mémoire sur une nouvelle méthode de traiter et de guérir le cirsocèle et le varicocèle. Après avoir exposé l'état de la science sur cette affection, et l'insuffisance des divers moyens employés jusqu'à présent pour la guérir, il annonce qu'il a dé-

couvert un procédé curatif très-simple. Il trace l'histoire de deux des malades qu'il a soumis à l'Hôtel-Dieu à cette nouvelle méthode de traitement, et ajoute que depuis la guérison de ces deux malades il en a soigné plusieurs autres dans sa pratique particulière, et que les uns sont déjà complètement guéris, et les autres sont en voie de guérison. Aucun accident, suivant ce chirurgien, n'en est jusqu'à présent survenu. La méthode de M. Breschet consiste à désorganiser, dans une certaine étendue, les parois des veines affectées, et par là à interrompre leur cavité. Le sommaire de l'une des observations qu'il rapporte en donnera une idée mieux qu'une simple description.

Le premier malade était un domestique, âgé de 29 ans, robuste et bien constitué, qui s'aperçut dès l'âge de quinze ans, que son testicule gauche était différemment conformé que le droit; et que la bourse de ce côté était plus volumineuse. Quelques années plus tard, à cette tumeur s'était jointe une dilatation variqueuse des veines du scrotum également de ce côté. Plusieurs fois cet homme s'était vu obligé de suspendre ses travaux. Il s'était envain adressé aux médecins de son pays pour le débarrasser de son infirmité. Il vint à Paris dans ce but, et entra à l'Hôtel-Dieu le 27 mai 1833.

Voici quel était l'état du malade à cette époque: l'enveloppe tégumentaire des testicules étant lâche, molle, non contractée; ce relâchement paraissait plus marqué sur la partie gauche du scrotum, qui offrait des sillons en tous sens, formés par un grand nombre de veines sinueuses, noduleuses, superficielles, et tellement dilatées que plusieurs de ces vaisseaux atteignaient la grosseur du petit doigt. Le testicule ne semblait pas être plus volumineux que celui du côté opposé; mais de sa partie postérieure, vers la queue de l'épidydime, naissaient des vaisseaux nombreux, réunis comme une masse considérable, molle, pâteuse, suivant le trajet du cordon spermatique jusqu'à l'anneau, diminuant par la pression, qui ne produisait aucune douleur. Entre ces cordons on pouvait encore distinguer le conduit déférent à son volume, à sa dureté, à sa sensibilité. Ces divers caractères ne permettaient pas de méconnaître une dilatation variqueuse des veines du cordon, et ce diagnostic devenait d'autant plus sûr, qu'il n'existait aucun symptôme soit de hernie, soit d'hydrocèle, soit de maladie du parenchyme du testicule. Lorsque le malade faisait une marche un peu longue, ou lorsqu'il restait debout pendant plusieurs heures, sans soutenir le scrotum, non-seulement la tumeur du cordon augmentait considérablement, mais aussi les veines de ces parties se gorgeaient de sang; alors le poids de la tumeur, son volume et son tiraillement gênaient fortement le malade et lui faisaient éprouver de la douleur dans le trajet du cordon.

On se borna d'abord à prescrire le repos au malade, à faire sur les parties affectées des applications de linges imbibés de liquides résolu-

tifs froids, tels que l'extrait de saturne étendu d'eau, des solutions de sulfate de fer, d'alun, des décoctions de tan, de noix de galle, d'écorce de grenade et de racine de ratanhia. Sous l'influence de ce traitement, qui a été continué pendant un mois, les veines du scrotum et du cordon diminuèrent un peu; mais ce mieux ne fut que momentané, et chaque fois que le malade se levait et marchait dans la salle, le gonflement, qui revenait rapidement, indiquait assez qu'il ne faudrait pas long-temps à la maladie pour redevenir ce qu'elle avait été auparavant.

Pour satisfaire aux instances du malade, je songeai, dit M. Breschet, à mettre à exécution sur cet individu un traitement dont j'avais l'idée depuis long-temps. Je pensai qu'une des meilleures données pour arriver à une guérison radicale était d'oblitérer par la compression les vaisseaux variqueux. Il ne s'agissait que d'imaginer un moyen pour exécuter cette compression avec succès. Dans ce but je fis construire de petites pinces en fer, qui d'abord furent fabriquées de manière à exercer une compression toujours la même, par la simple élasticité des branches qui s'appliquaient l'une contre l'autre. Mais la difficulté de se servir de ces pinces, leur pression quelquefois trop forte, l'inconvénient de ne pouvoir matelasser les surfaces métalliques beaucoup trop dures, obligèrent à songer à en confectionner d'autres qui pussent permettre de garnir les mors de linge ou d'un coussinet, et dont les branches rapprochées graduellement par une vis de pression pussent rendre l'usage de cet instrument plus facile et d'une force de compression qu'on pût graduer à volonté. L'usage de ces pinces fut d'abord tenté sur les veines du scrotum : ces instrumens furent placés sur deux veines des plus volumineuses, à chacune de leurs extrémités, en ayant soin de ne laisser aucune anastomose considérable entre les deux points comprimés. La présence de ces instrumens détermina une faible douleur sur l'endroit même de leur apparition, et l'inflammation légère qui se manifesta fut combattue par les émolliens, les résolutifs et le repos. Les pinces dont on s'était servi en premier lieu furent perfectionnées, et les mors de cet instrument furent garnis de linge. Dans une seconde application la douleur qu'elles provoquèrent fut beaucoup moins vive; la compression graduée ne détermina qu'un amincissement de la peau, et, en adaptant les deux feuillets cutanés l'un contre l'autre, il se forma une escarrhe sèche, une lame solide, mince, transparente, ressemblant à du parchemin, dont la chute fut suivie d'une ulcération bien moins étendue et bien moins douloureuse que dans la première application. Ces ulcérations se cicatrisèrent parfaitement en peu de jours; elles ne produisirent aucun écoulement de sang. Quant au cordon veineux compris entre les deux pinces, il resta rempli de sang concrété; peu à peu ce cordon s'affaissa sans offrir de travail inflammatoire; le sang fut résorbé, et plus tard le vaisseau

ne laissa aucune trace de son existence, soit par sa couleur, soit par son volume, ou par le passage d'une colonne de sang. C'est ainsi qu'ont été traités, à plusieurs reprises, toutes les veines du scrotum, qui étaient assez saillantes et assez volumineuses pour être saisies, et je reconnus alors avec satisfaction que ce moyen opératoire avait fait disparaître totalement des veines dont le volume égalait le petit doigt. Depuis cette époque le malade a pu se lever, marcher même sans porter un suspensoir, et sans voir revenir au scrotum le moindre engorgement variqueux.

Ce succès, quoique satisfaisant, n'était pas encore complet, et il ne pouvait offrir des avantages réels, que si l'on parvenait à réussir sur les veines du cordon spermatique, comme sur celles du scrotum. Mais ici s'offraient beaucoup de difficultés dans l'emploi du même moyen: quoique les veines du cordon fussent volumineuses, elles étaient bien plus difficiles à embrasser par les instrumens, comprimant à travers une peau épaisse et chargée de graisse; il fallait aussi éviter de saisir au milieu des veines le couduit déférent. Quant aux artères et aux nerfs, leur petit volume ne permettait pas de les isoler et de les mettre de côté. Les accidens à craindre étaient la douleur vive, le développement d'une inflammation violente, la formation d'une escarre profonde et la dénudation du cordon. Dans cette nouvelle opération, les instrumens de compression furent modifiés de manière à offrir une dimension plus considérable et surtout à présenter une courbure des branches entre lesquelles devait exister un espace assez grand pour que le sommet du repli de la peau ne fût pas comprimé. Je plaçai deux de ces pinces, l'une le plus près possible de l'anneau inguinal, l'autre à l'origine du scrotum, vers la partie inférieure du cordon testiculaire. Dans cette application on eut soin de porter en dehors et en arrière le conduit déférent, reconnaissable à son volume, à sa résistance et à sa sensibilité. La douleur fut d'abord assez vive, mais elle se calma par l'emploi de topiques résolutifs. Les instrumens restèrent appliqués sept jours. Ils déterminèrent un gonflement inflammatoire sur les parties comprises entre les deux pinces: de plus, les surfaces comprimantes produisirent de chaque côté une escarre superficielle, qui n'entraîna point la mortification de toute l'épaisseur de la peau; mais l'adhérence des deux surfaces cutanées opposées l'une à l'autre en fut le résultat: les ulcérations, suite de la chute des escarres, furent cicatrisées en moins de quinze jours; et avant ce temps, on avait pu apprécier l'heureux effet de la compression sur le cordon testiculaire, qui n'était plus noueux et dont le volume était à peu près celui de l'état normal. Cependant il restait encore à la queue de l'épidydime un paquet assez considérable de vaisseaux noueux, entrelacés, remontant jusqu'au niveau de l'endroit où avait été exercée la dernière compression. Deux nouvelles pinces furent posées, l'une immédiate-

ment au-devant du testicule, qui fut rejeté en arrière, et l'autre à deux pouces plus haut, avec les mêmes précautions à l'égard du canal déférent. Ces instrumens restèrent appliqués le même nombre de jours que pour l'opération précédente, et, comme les autres, ils déterminèrent un peu de douleur, d'engorgement inflammatoire et des eschares aux tégumens.

Il est à remarquer qu'à la suite de cette dernière opération, les symptômes inflammatoires offrirent plus d'intensité et qu'ils se dissipèrent moins promptement. La pince placée au-dessus du testicule donna lieu à une escarrhe assez profonde pour opérer la perforation du repli cutané et pour former aux bourses une solution de continuité analogue à celle qui se fait habituellement par l'application d'un séton. L'inflammation et le gonflement furent assez vifs; un suintement séro-purulent très-abondant eut lieu pendant plus de quinze jours par ce trajet; mais au moyen des cataplasmes émolliens et du repos, l'inflammation se calma rapidement; en même temps, le noyau variqueux, qui se trouvait à la partie la plus déclive du scrotum, s'affaissa et ne forma plus qu'une petite tumeur, dans laquelle il n'était plus possible de distinguer de vaisseaux. La disparition de l'engorgement permit bientôt d'explorer le testicule, qui avait été perdu pendant long-temps dans ce vaste réseau vasculaire, et ce ne fut pas sans une grande satisfaction que je reconnus que la nutrition de cette glande n'avait point été altérée, et que cet organe présentait le même volume que celui du côté opposé. C'est dans le courant du mois de novembre que le malade s'est trouvé entièrement guéri. Je lui conseillai cependant de rester encore quelques semaines à l'hôpital, afin de m'assurer que la guérison était complète et durable. Pendant cet espace de temps, le malade s'est levé, a marché des journées entières; rien de nouveau ne s'est présenté, et il a demandé lui-même à sortir le 8 décembre.

L'auteur explique par la nécessité de faire construire des instrumens, et par les tâtonnemens inséparables de cette circonstance, la durée du traitement de ce malade, qui a séjourné plus de six mois à l'hôpital. La guérison du second malade cité par M. Breschet a été beaucoup plus rapide: il est vrai que l'affection variqueuse n'était pas parvenue à un si haut degré.

M. Breschet dit que c'est pour n'avoir laissé les pinces que 15 ou 10 heures, que la maladie ne guérit qu'en apparence et reparut peu de temps après la fin de ce traitement incomplet. Suivant lui, une compression légère, qui ne provoquerait qu'une inflammation adhésive et par fois un peu de suppuration, non seulement serait insuffisante, mais pourrait devenir nuisible par la propagation de l'inflammation le long des parois veineuses, ou par l'infection purulente du sang; accidens qui n'ont pas lieu par la méthode précédente qui éteint la

vie en totalité, mais d'une manière graduelle, dans toute l'épaisseur des parties soumises à la compression; la mortification et l'inflammation légère qui l'accompagnent sont bornées à ces parties.

Séance du 27 janvier. — SÉCRÉTIONS. M. Donné adresse un mémoire intitulé: *Des propriétés chimiques des sécrétions dans l'état sain et dans l'état morbide, et de l'existence des courans électriques déterminés par l'acidité et l'alcalinité des membranes dans les corps organisés.* En voici les résultats.

1° L'enveloppe extérieure du corps, la peau, secrète par toute sa surface une humeur acide. Cependant la sueur au lieu d'être, comme on le pense généralement, et comme le disent les traités de physiologie, plus acide sous les aisselles et autour des parties génitales, est au contraire alcaline en ces points, ainsi qu'aux doigts des pieds.

2° Le tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, secrète un mucus alcalin, si ce n'est dans l'estomac où le suc gastrique est fortement acide, comme le démontrent les travaux d'un grand nombre de physiologistes, ceux de Prout, de Tiedemann et Gmelin en particulier. Ainsi la salive et le mucus de l'œsophage jusqu'au cardia sont alcalins dans l'état normal, et ils ne deviennent acides que par suite de certains états morbides. Depuis le pylore jusqu'à la fin du canal intestinal, le mucus fourni par la membrane muqueuse *elle-même* est alcalin.

3° Les membranes séreuses et les membranes synoviales secrètent toutes une liqueur alcaline dans l'état normal; cette sécrétion devient quelquefois acide dans certaines maladies.

4° La membrane acide externe et la membrane alcaline interne du corps humain, représentent les deux pôles d'une pile dont les effets sont appréciables au galvanomètre. Ainsi, en mettant l'un des conducteurs de cet instrument en contact avec la membrane muqueuse de la bouche, et l'autre en contact avec la peau, l'aiguille magnétique se dévie de 15, 20 et même 30 degrés, suivant la sensibilité du galvanomètre, et la direction indique que la membrane muqueuse ou alcaline prend l'électicité négative, et la membrane cutanée acide, l'électricité positive. Indépendamment de ces deux grandes surfaces offrant des états chimiques opposés, il existe dans l'économie d'autres organes que l'on peut appeler les uns acides, les autres alcalins, et qui donnent lieu au même résultat. Entre l'estomac, par exemple, et le foie de tous les animaux, on trouve des courans électriques extrêmement énergiques.

5° J'ai reconnu, dit M. Donné, des phénomènes électriques du même genre dans les végétaux, en plaçant un pôle du galvanomètre dans le centre d'une tige, dans le canal médullaire, et l'autre pôle sous l'écorce; mais c'est surtout dans les fruits que ces effets sont remarquables et bien tranchés. Un fruit peut être également consi-

déré comme une pile dont le côté de la queue est électro-négatif dans les fruits adhérens, tels que les pommes, les poires, et le côté de l'œil électro-positif; c'est le contraire dans les fruits non adhérens, tels que la pêche, la prune. Dans tous les cas, ce sont toujours ces deux points opposés des fruits qui donnent le maximum de tension électrique. En plongeant les conducteurs du galvanomètre dans d'autres points, les effets diminuent; ils cessent complètement lorsqu'on les place des deux côtés d'un fruit, à égale distance du centre, et perpendiculairement au plan qui passe par l'œil et la queue.

Les courans électriques dans les végétaux ne sont point déterminés par l'état acide ou alcalin des parties, comme dans les animaux, puisque le suc des fruits que j'ai examiné était partout plus ou moins acide; mais, d'après les belles expériences de M. Biot, les sucs qui arrivent par le pédicule subissant des modifications en un point quelconque du fruit, c'est probablement à la différence de composition chimique de ces sucs, aux deux extrémités d'un fruit, qu'il faut attribuer les phénomènes électriques.

6° Les humeurs acides de l'économie peuvent devenir alcalines, et les humeurs alcalines devenir acides dans les maladies.

7° L'acidité est ordinairement le résultat de l'inflammation proprement dite, et cet effet peut se produire par sympathie dans un organe éloigné du point enflammé. Ainsi la salive devient très-acide dans l'inflammation de l'estomac ou dans la gastrite.

8° L'acide qui se développe dans le travail inflammatoire paraît être le plus souvent de l'acide hydrochlorique. Suivant moi, la présence de cet acide détermine la coagulation de la partie albumineuse de la lymphe ou de la sérosité qui abonde dans les points enflammés. C'est à cette coagulation que sont dues les fausses membranes dans les cavités séreuses, les taches albuginées de l'œil, la lymphe coagulable des plaies, les épaississemens de certains organes et plusieurs autres produits morbides résultant d'une inflammation, dans lesquels on ne rencontre à l'analyse que de l'albumine plus ou moins concrétée.

Le pus lui-même, ce dernier résultat du travail inflammatoire, est produit par l'action de l'acide sur la lymphe albumineuse; c'est une espèce de combinaison d'acide et d'albumine. Si l'on ne trouve pas toujours de l'acide libre dans les liquides épanchés à la surface des organes enflammés, si le pus ne rougit pas toujours le papier bleu de tournesol, c'est que la plupart des humeurs de l'économie étant fortement alcalines, contenant de la potasse et de la soude en assez grande quantité, les propriétés de l'acide sont masquées par ces alcalis, jusqu'à ce que ceux-ci soient entièrement neutralisés. Mais je cite dans mon mémoire plusieurs cas dans lesquels le pus et même la sérosité épanchée dans le ventre, à la suite d'une

péritonite, ont été trouvés acides, un cas analogue m'a été rapporté par M. Dumas, et un autre est consigné dans le Traité de chimie de M. Berzelius.

9° Les changemens dans la nature chimique des sécrétions réagissent sur les différens systèmes de l'économie; ils forment un ordre de lésions et de symptômes intéressans à observer sous le rapport de l'étiologie, du diagnostic et même du traitement des maladies. Ces changemens déterminent des modifications dans les courans électriques qui existent entre les divers organes de l'économie.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes par la percussion médiate, et collection de mémoires sur la physiologie, la pathologie et le diagnostic; par* P. A. Piorry, *docteur en médecine, etc.* Paris et Londres, 1831; in-8.° 431 pp.

II. *Clinique médicale de l'hôpital de la Pitié (service de la Faculté de Médecine), et de l'hospice de la Salpétrière, en 1832; par* P. A. Piorry, *docteur en médecine, etc.* Paris et Londres, 1833; in-8.° 490 pp.

I. L'ouvrage que nous avons sous les yeux (*du Procédé opératoire, etc.*), est le complément du *Traité de la percussion médiate*; c'est en quelque sorte la dernière pierre ou le couronnement de l'édifice élevé avec tant de soins et de persévérance par M. Piorry. Il renferme le résultat de toutes les recherches de ce praticien depuis 1828, les nouveaux essais auxquels il s'est livré, et les perfectionnemens qu'il a ajoutés à son procédé. Avec ce second volume, l'histoire de la percussion médiate est aussi complète que possible, et il n'est personne qui ne puisse désormais se livrer à son étude. On avait reproché à M. Piorry de n'avoir expérimenté que sur des cadavres, de n'avoir cité que des *faits cadavériques*. Dans ce nouveau livre, il a transcrit un certain nombre de faits intéressans dans lesquels le plessimètre joue un rôle important, et qui ont été recueillis, non sur le cadavre, mais sur le vivant. Ces faits sont de nature à donner une idée de la précision de diagnostic à laquelle on peut arriver avec l'aide du moyen ingénieux de M. Piorry. Cet auteur passe en revue, avec détails, la méthode d'exploration plessimétrique de tous les organes tant du thorax que de l'abdomen. Mais avant d'entrer dans ces détails, il décrit avec soin le plessimètre, recherche quelle est la substance qui doit le former, et indique une nouvelle modification du stéthoscope qui permet de percuter médiatement en même temps

qu'on ausculte. Passant à l'étude des sons que le plessimètre fournit, il prend en considération la sensation éprouvée par le doigt qui percute, sensation qui peut faire juger de la densité des organes sur lesquels on pratique la percussion.

Comme le titre l'indique, le *procédé opératoire* de la percussion médiate est l'objet principal de cet ouvrage; aussi trouve-t-on, à l'occasion de la percussion de chaque organe qui en est susceptible, des préceptes très-étendus sur cette *partie de la chirurgie du diagnostic*. Cette partie de l'ouvrage est traitée, on peut le dire, avec minutie; elle occupe près des cinq-sixièmes de l'ouvrage. Le reste est consacré à des considérations générales sur quelques lésions des organes et sur leur diagnostic, à l'aide du plessimètre. Dans ces considérations générales, M. Piorry discute la valeur des divers signes indiqués par les auteurs, et les compare à ceux qu'il obtient avec son instrument, et qu'il met presque toujours au-dessus des premiers pour la précision et la constance. Cette comparaison, faite par un médecin qui a beaucoup observé, est fort instructive. Ainsi l'on voit combien peu l'on doit compter dans le diagnostic des épanchemens pleurétiques, sur l'absence du bruit respiratoire, sur l'égophonie, etc.; dans celui de la pneumonie, sur le râle crépitant, etc.; dans celui des maladies du cœur, sur les phénomènes fournis par l'auscultation, etc.; tandis qu'en prenant en considération le son obtenu par la percussion, en même temps que la sensation éprouvée par le doigt qui percute, on arrive à des résultats beaucoup plus constans et beaucoup plus sûrs.

Il résulte de ce qui précède, que M. Piorry n'a point décrit des états pathologiques nouveaux, ni trouvé des symptômes inconnus, mais qu'il a seulement perfectionné un des moyens de diagnostic déjà en usage, et qu'il a fait connaître tout le parti qu'on en peut tirer. En un mot, la lecture de son livre nous apprend que le praticien, *suffisamment instruit dans la percussion médiate*, peut arriver, avec l'aide du plessimètre, à une connaissance beaucoup plus précise de certains phénomènes (difficiles à saisir sans ce secours), qui révèlent un grand nombre de maladies dont le siége est dans le thorax ou dans l'abdomen; et les deux ouvrages de M. Piorry, sur la percussion, sont destinés à répandre cette *instruction suffisante*.

Aucun praticien, toutefois, ne s'appuie sur un symptôme isolé, comme le râle crépitant, le bruit de soufflet, etc., pour former le diagnostic d'une maladie, mais bien sur l'ensemble de tous les symptômes qu'il peut recueillir. Les symptômes fournis par le plessimètre, considérés isolément, n'ont pas beaucoup plus de valeur que les autres; on aurait donc tort de donner à la percussion médiate une importance excessive. C'est un moyen de diagnostic de plus, et d'après ce que nous avons dit plus haut, les praticiens doivent en savoir beaucoup de gré à son auteur.

Du reste, quelques citations mettront dans tout leur jour les avantages de la percussion médiate. On lit à la page 151 l'observation suivante : « Chez une vieille femme qui portait une vaste tumeur mésentérique, on trouva sur le centre de celle-ci un son tympanique tel que le gros intestin en donne; cette résonnance claire, accompagnée d'élasticité au doigt, se prolongeait de haut en bas et de droite à gauche, dans toute la hauteur de la masse indurée et dans la largeur de trois pouces. Tout le reste de la tumeur qui avait bien dix ou douze pouces de diamètre, donnait lieu à une résistance marquée au doigt; à la mort, la percussion fournit les mêmes résultats. Une incision pratiquée sur chacune des lignes qui limitaient l'espace où le bruit tympanique se faisait entendre, espace dont la forme irrégulière représentait celle du colon transverse, permit d'enlever la portion des parois qu'elles circonscrivaient. L'arc du colon avait été exactement embrassé par ces lignes, et ne les dépassait pas. Il est inutile d'insister sur l'importance chirurgicale de ce fait. Pour s'assurer de la présence du colon pendant la vie, s'il y avait eu une opération à faire, il aurait suffi d'injecter de l'eau en grande quantité dans les gros intestins. »

Et plus loin, page 163 : « Dans plusieurs hépatites aiguës, ou plutôt dans des congestions sanguines du foie, il a été facile de constater, à la Salpêtrière, à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (ainsi que M. Serres et moi nous l'avions observé dans un cas), que le foie est susceptible d'une grande augmentation de volume, et que les dimensions de cette glande diminuent rapidement après une copieuse saignée, et quelquefois aussi par la diète, qui est encore un moyen de faire perdre du sang. La diminution de l'organe hépathique varie d'un à trois pouces de haut en bas dans les vingt-quatre heures; elle est d'autant plus grande que la proportion du sang est plus considérable. Non-seulement ce fait a été observé chez des vieillards, où la circulation veineuse embarrassée par suite d'une maladie du cœur et surtout de sa faiblesse, explique l'intumescence du foie, mais encore chez des adultes, dans la pléthore et dans les fièvres aiguës. »

Le premier mémoire de la *Collection de mémoires*, etc., renferme des *expériences* et *recherches sur les pertes de sang*. Des expériences nombreuses sur des animaux, et des observations sur l'homme, ont inspiré à M. Piorry des considérations ingénieuses sur les pertes de sang en général, sur l'influence qu'exerce la pesanteur sur la circulation, sur la syncope et la congestion cérébrale, sur la mort par syncope, et enfin sur la phlébotomie. Voici les conclusions de l'auteur :

« 1.° Les pertes de sang peuvent être portées très-loin, à plusieurs livres, et cela sans danger chez l'homme adulte, lorsque les organes gastriques et pulmonaires peuvent refaire du sang; il n'en résulte pas d'hydropisies ou d'autres affections. 2.° Les circulations artérielle, veineuse, capillaire, sont en partie, et surtout chez les sujets

affaiblis, sous l'influence des lois de la pesanteur. 3.° La cause de la syncope est dans l'encéphale; l'action de celui-ci est dans ce cas diminuée, soit parce qu'il n'est plus excité par le sang, soit parce qu'il est directement affaibli. 4.° L'état de la circulation fournit des moyens de diagnostic entre la syncope et l'apoplexie; mais l'attitude horizontale ou verticale en donne de plus importans. 5.° La position déclive de la tête, par rapport aux autres parties, est le principal moyen curatif de la syncope. 6.° Il faut enfin, dans l'opération de la saignée, tenir compte de l'influence de la pesanteur sur le cours du sang.

Dans le mémoire sur *la circulation veineuse, considérée sous le rapport du diagnostic*, l'auteur s'attache à faire voir de quelle utilité peut être l'exploration des veines; mais il ne la regarde que comme un moyen de plus d'étudier la circulation. Les inductions qu'elle fournit n'ont de valeur à ses yeux qu'autant qu'elles sont comparées aux signes quo donne l'examen du cœur et des artères.

Le 3ᵉ. mémoire a pour objet des *recherches sur le sérum du sang, et sur la formation de quelques productions accidentelles*. Si les idées de l'auteur sur ce sujet étaient complètement justes, plusieurs des points les plus obscurs de la pathologie se prêteraient à une explication simple et facile. Mais il est difficile d'admettre, pour le moment, que *la plupart des productions anormales tient peut-être au dépôt des élémens du sang dans les cavités des organes*. Du reste M. Piorry, s'appuyant sur ses nouvelles idées théoriques, a été conduit à employer contre le croup l'eau à hautes doses par la bouche et par l'anus, dans le but de délayer le sang et d'en diminuer la plasticité; il prétend que ce moyen lui a *souvent* réussi, et il cite un cas de croup, suivi de guérison, où il l'employa après avoir prescrit toutefois préalablement l'émétique et deux applications de sangsues.

Les trois mémoires qui suivent ont trait à la respiration. (*Résumé de quelques expériences sur la submersion, la strangulation, l'asphyxie par la vapeur du charbon; recherches sur l'absorption pulmonaire et sur la secrétion urinaire. — Nouvelles expériences sur les effets de l'insufflation de l'air dans les poumons. — Du râle et de l'asphyxie par l'écume bronchique*). Ces mémoires sont recommandables: toutefois l'auteur s'étend peut-être trop longuement sur des circonstances peu importantes. On peut citer sous ce rapport le mémoire sur *l'asphyxie par l'écume bronchique*, où il traite en trente pages un sujet qui aurait pu l'être très-raisonnablement en quatre ou cinq. Pourquoi faire une maladie de ce qui n'est qu'un phénomène lié à la terminaison fatale de la plupart des maladies? Certainement, *il vaut mieux étudier un symptôme comme une maladie, que de négliger l'histoire d'une lésion qui cause la mort*; mais il eût été sans doute aussi utile de l'étudier comme symptôme, sans chercher *la nature* de cette prétendue maladie et *sa place dans un cadre nosologique*.

Enfin, le volume est terminé par les trois mémoires suivans : *De la langue considérée sous le rapport du diagnostic. — De l'abstinence, de l'alimentation insuffisante et de leurs dangers. — Mémoire sur l'une des affections désignées sous le nom de migraine ou hémicrânie.* — M. Piorry donne avec beaucoup de détails ses observations sur les signes fournis par la langue. Suivant lui, l'évaporation de la salive et des fluides secrétés à la surface de la langue est la principale cause de la sécheresse que celle-ci présente dans certains cas ; la sécheresse de la langue est plutôt en rapport avec des lésions des organes respiratoires, qu'avec des maladies du tube digestif ; la salive et les fluides exhalés sur la surface papillaire de la langue, desséchés par le passage de l'air, sont les sources des enduits dont la langue est recouverte dans une foule de cas, etc. — Il s'élève avec raison contre l'usage de condamner les malades à une diète absolue dans un grand nombre de maladies et dans certaines conditions où une nourriture, même substantielle, aurait des résultats heureux. — Pour lui, l'une des espèces de migraine, suivant lui, bornée à la moitié du crâne (hémicrânie), est une névrose de l'iris, qui, d'abord bornée à cette membrane, ou plutôt à ses nerfs, s'étend à de nombreux rameaux nerveux, et est caractérisée par des troubles dans la vision, suivis de douleur dans l'œil ou à la surface du crâne, de nausées et de vomissemens ; et le meilleur traitement de cette affection, qu'il appelle *monophthalmolgie*, consiste dans des frictions sur les paupières avec l'extrait aqueux de belladone étendu d'assez d'eau pour lui donner une consistance sirupeuse.

II. Le volume qui porte le titre de *Clinique medicale*, etc., est un recueil de mémoires qui presque tous ont déjà été répandus par la voie des Journaux de médecine, et par conséquent sont déjà connus : ils sont au nombre de dix. Ils se font tous remarquer par des faits intéressans, et par leur tendance éminemment pratique. L'auteur ramène toutes ses observations, tous ses travaux, à des vues d'application et d'utilité immédiate.

Le Compte-rendu de la clinique est un résumé bien fait qui atteste le succès des traitemens adoptés par M. Piorry. On y trouve un bon nombre de faits curieux, tels que les suivans : *Absence de dents simulant le facies de l'hémiplégie. — Carie dentaire donnant lieu à un érysipèle intermittent de la face. — Ulcération du pharynx par suite du frottement et de la pression. — Distension énorme de l'estomac ; soulagement remarquable :* Dans ce dernier cas le plessimètre favorisa le diagnostic d'une manière remarquable.

Mémoire sur la pneumonie hypostatique ou engouement pulmonaire. — Ce mémoire est peut être un peu trop long pour l'importance du sujet, qui d'ailleurs y est traité avec conscience. La pneumonie hypostatique ne diffère de la pneumonie proprement dite, que par le

lieu qu'elle occupe, et par les circonstances sous l'influence desquelles elle se développe; la condition pathologique de l'organe est la même. Il était bon toutefois d'indiquer ces circonstances, et c'est sous ce rapport que les recherches de M. Piorry sont utiles.

Recherches sur les causes occasionnelles et sur la nature de l'affection appelée fièvre ou entérite typhoïde. — Cette maladie se compose, suivant l'auteur, 1° d'une lésion locale, l'entérite, qui par cela même qu'elle se prolonge, se propage aux glandes de Peyer, où la nécropsie la retrouve plus constamment, parce que les traces de la phlegmasie de celles-ci sont de nature à persister davantage après la mort que celles de l'hypérémie active de la membrane muqueuse elle-même; 2° d'une lésion générale, qui en définitive semble être une altération du sang, analogue à celle qu'on présume exister dans le typhus des armées et dans d'autres maladies épidémiques. Ainsi, le nom d'entérite typhoïde paraît être le plus convenable pour désigner cette maladie.

Mémoire sur les causes occassionelles qui ont spécialement agi dans l'épidémie de choléra observée à Paris, en 1832, et principalement à l'hospice de la Salpêtrière. — Il résulte de ce mémoire, que la cause occasionelle la plus ordinaire et la plus pernicieuse de choléra grave, est la stagnation de l'air dans des habitations étroites et encombrées, et, que par conséquent la ventilation bien faite est le meilleur moyen d'arrêter une telle épidémie.

Viennent ensuite les mémoires sur *l'ophthalmie palpébrale; sur les névralgies et sur leur traitement; sur la nature et le traitement de plusieurs névroses; sur l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes; sur les accidens cérébraux qui surviennent dans l'érysipèle de la face*; et enfin, *la dissertation sur cette question : quelle part a l'inflammation dans la production des maladies dites organiques? présentée au concours pour une chaire de médecine clinique à la Faculté de Médecine de Paris, etc.* Pour répondre à cette question, M. Piorry commence par établir ce que l'on entend le plus généralement par *inflammation* et *maladies organiques*. Il se livre ensuite à des considérations générales sur l'inflammation et sur ses produits. Puis il cherche quels rapports on peut établir entre l'inflammation et les maladies dites organiques. Il conclue que l'inflammation peut produire des maladies organiques, soit seule, soit combinée à diverses autres causes; que tantôt elle est pour beaucoup, tantôt pour très-peu dans leur production; que d'autres fois enfin elle y est complètement étrangère. Enfin, dit-il, l'hypothèse d'une diathèse, prise autrement que comme circonstance d'organisation générale, de constitution, etc., et considérée comme une cause speciale de maladie, n'éclaire pas la pathologie, ne guide pas dans le diagnostic, et est, dans l'état actuel de la science, sans utilité pratique évidente. Ce travail estimable a reçu de

justes éloges des compétiteurs même de M. Piorry, et nous nous plaisons à lui en adresser de notre côté, tout en lui avouant que nous n'adhérons pas dans tous les points à la doctrine qu'il y soutient.

Les travaux utiles et nombreux de M. Piorry méritent d'être encouragés. Il devrait toutefois se livrer avec moins de facilité au plaisir séduisant de généraliser, montrer plus de sévérité dans ses inductions, et n'attacher d'importance qu'aux choses qui en ont bien réellement. A. R.

Manuel de médecine-opératoire, *fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique ; par* J. F. MALGAIGNE. *Paris*, 1834, *in*-18, *p.* VI-791. Chez Germer-Baillière.

Les dernières années qui viennent de s'écouler ont vu produire un nombre considérable d'ouvrages connus sous le nom de *Manuels*, et maintenant presque toutes les branches des connaissances humaines qui ont une partie mécanique, possèdent un manuel, c'est-à-dire un petit livre, ordinairement formé d'un seul volume, qui a pour but de faire connaître les divers procédés et manœuvres à l'aide desquels on peut accomplir cette partie mécanique ou d'application de la science. A ce titre, ces ouvrages ont un degré d'utilité qui ne peut être contesté par personne. Les règles qui, selon nous, doivent présider à la composition d'un manuel, sont les suivantes : 1.° l'ouvrage exclusivement destiné à la description des procédés de l'art, ne doit, en aucune façon, traiter de la science dont il ne pourrait offrir qu'une exposition incomplète ; 2.° la description de chaque procédé doit être faite en phrases claires et concises, et avec méthode, de telle sorte que l'opérateur, sans autre guide que le livre, puisse accomplir exactement tous les temps d'une opération. 3.° Quand plusieurs procédés conduisent au même but, il faut discerner celui ou ceux qui méritent la préférence, afin de ne pas donner à tous la même valeur en faisant de chacun d'eux une description également détaillée. Quoique peu nombreuses, ces règles, pour être bien remplies, exigent de la part de l'auteur des connaissances nombreuses, un jugement sain et un style concis. Nous sommes heureux d'annoncer que M. Malgaigne a fait preuve de ces qualités dans l'ouvrage dont nous avons à rendre compte. Bien pénétré du but essentiel d'un manuel, l'auteur a banni de son *Traité de médecine-opératoire*, les discussions relatives à la partie historique des opérations ; la question des indications n'a été posée que dans les cas où il fallait faire l'appréciation de diverses méthodes applicables à une même maladie ; quant aux panse-

mens, au traitement consécutif, aux accidens, etc., ils ont été et ils devaient être entièrement passés sous silence.

La connaissance de la structure anatomique de la partie sur laquelle on doit opérer étant indispensable à l'intelligence des préceptes de l'opération, M. Malgaigne a fait avec soin l'anatomie chirurgicale d'une région dans tous les cas où cette description pouvait jeter une vive lumière sur la médecine-opératoire, en s'aidant pour cela des travaux les plus estimés, tels que ceux de M. Lisfranc, pour l'anatomie chirurgicale des articulations; ceux de MM. Dupuytren, etc, sur l'anatomie du périnée, etc.

Quant au nombre des matières et des procédés opératoires traités dans ce Manuel, on peut dire que l'auteur en a tracé un tableau à-peu-près aussi complet que l'état actuel de la science le comporte. Sans parler des chapitres consacrés à l'art du pédicure et à l'art du dentiste, dont l'utilité sera appréciée surtout par les élèves, l'ouvrage renferme tout ce qui fait l'objet du Traité de Sabatier, enrichi des additions de MM. Sanson et Bégin, et de l'ouvrage de M. Velpeau. Il renferme de plus la description des procédés dont les uns ont été empruntés à quelques journaux étrangers; tel est, par exemple, le traitement de M. Dieffenbach, pour l'ectropion, et dont les autres ont été produits au jour depuis la publication des traités de médecine-opératoire que j'ai cités: tels sont les procédés de M. Dupuytren pour le bec-de-lièvre compliqué et pour la restauration de la cloison nasale; les procédés d'amputation de MM. Baudens et Sédillot; l'incision appliquée avec succès aux anévrysmes par anastomose; les appareils de Quadri pour la hernie ombilicale; la méthode de percussion inventée par M. Heurteloup, pour la lithotritie, et qui paraît devoir remplacer toutes les autres avec avantage, etc.

Puisant aux sources et donnant à certains points de médecine-opératoire plus de détails que l'on n'en trouve dans les autres ouvrages qui traitent du même sujet, l'auteur en a rendu l'intelligence plus facile et la pratique plus sûre; ainsi ont été décrites les amputations, les extirpations de cancer, d'après M. Lisfranc; la pyrotechnie chirurgicale, d'après Percy; la ligature en masse, d'après M. Mayor, etc.

Dans un ouvrage qui comprend tant de sujets différens, il était à-peu-près impossible qu'il ne se glissât quelques erreurs et qu'il n'y eût quelques omissions. Si nous en plaçons ici le relevé, c'est moins pour en faire reproche à l'auteur que pour appeler son attention sur elles, afin que dans une seconde édition il fasse disparaître les taches d'ailleurs peu nombreuses qui se rencontrent dans la première.

Les règles de la compression des artères sont bien données; on désirerait y trouver un précepte fort important, et que Béclard avait fait connaître dans ses cours de chirurgie à l'hôpital de la Pitié; le voici. Quand la compression est exercée avec les doigts, ceux-ci doi-

vent presser sur le vaisseau, non par la contraction des muscles du bras et de l'avant-bras (car pour peu que l'opération dure quelque temps, cette contraction, même légère, finit par devenir excessivement fatigante), mais par le poids du corps transmis aux doigts par les colonnes superposées du bras, de l'avant-bras et de la main.

A propos de l'application des ventouses scarifiées, on désirerait trouver décrite la méthode de M. Larrey, qui consiste à faire avec un rasoir une multitude considérable d'incisions très-superficielles et toutes parallèles. L'avantage qui en résulte est très-grand, car ces incisions ne suppurent jamais (inconvénient fréquent de celles qui se croisent) et elles ne laissent aucunes traces de cicatrice.

En parlant de la ligature des artères et des cas dans lesquels on éprouve quelqu'embarras pour distinguer la nature du cordon que l'on a découvert, M. Malgaigne conseille de l'inciser légèrement et lentement afin de reconnaître, par la texture, s'il s'agit d'une artère ou d'un nerf : quant aux veines, il pense que leur couleur seule empêchera de les confondre. Nous ne ferions pas un reproche à M. Malgaigne d'avoir passé sous silence les conseils que nous avons donnés pour le cas de pratique dont il s'agit (1), si le passage de son livre que je viens de citer ne renfermait un conseil pernicieux et une erreur. Quel est le praticien qui voudrait diviser une partie ou la totalité d'un nerf par des incisions successives, pour en connaître la nature, quand, par une pression passagère, il peut arriver au même résultat?

Quant à la coloration des veines, elle cesse de pouvoir guider le chirurgien dans les vaisseaux d'un petit calibre, et quand en même temps tous les tissus sont uniformément teints par le sang qui s'écoule des capillaires divisés.

M. Malgaigne considère l'immobilité de la mâchoire inférieure par ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, comme incurable. Nous sommes loin de partager cette opinion, qui est d'ailleurs celle de tous les chirurgiens. Depuis long-temps nous avons imaginé pour y remédier un procédé qui n'a d'ailleurs d'autre publicité que celle qu'il a reçue dans nos cours de médecine-opératoire, l'occasion ne s'étant pas encore offerte de l'accomplir sur le vivant; il consiste à scier du côté ankylosé le condyle de la mâchoire, et des deux côtés si l'ankylose est double, comme pour la désarticulation temporo-maxillaire, et à imprimer chaque jour des mouvemens à la mâchoire inférieure pour obtenir la formation d'une fausse articulation. Le succès que Barton, de Philadelphie, a obtenu d'une opération semblable faite sur le fémur dans un cas d'ankylose coxo-fémorale, autorise suffisamment la conduite que nous conseillons.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 12 octobre 1833.

C'est à tort, selon nous, que M. Malgaigne blâme la laryngo-trachéotomie. La plus forte objection que l'auteur fasse à cette opération, est la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, d'écarter les bords de la division du cartilage cricoïde; mais rien n'est plus facile que d'opérer cet écartement sur le larynx des enfans, et c'est presque toujours à cet âge que la bronchotomie devient nécessaire pour retirer un corps étranger des voies aériennes. Ce n'est donc pas une *mauvaise opération*, comme le dit M. Malgaigne, et la preuve c'est que Pelletan, Boyer et nous, l'avons pratiquée avec le plus grand succès.

L'instrument si ingénieux de Græfe pour retirer certains corps étrangers de l'œsophage, méritait de trouver place dans ce Manuel, d'ailleurs si complet, de médecine-opératoire.

En discutant l'indication du sens dans lequel on doit opérer le débridement dans la hernie crurale, M. Malgaigne redoute de porter l'instrument sur le ligament de Gimbernat, parce que *dans un grand nombre de cas l'artère obturatrice naît de l'épigastrique et descend derrière ce ligament*. Il est vrai que très-souvent l'épigastrique fournit l'obturatrice; mais à moins que cette dernière ne naisse très-haut de l'épigastrique, ce qui est fort rare, elle descend sur le côté interne du collet du sac herniaire, et conséquemment ne peut, en aucune façon, être atteinte dans le débridement en dedans.

Nous ne saurions concéder à l'auteur la réprobation qu'il profère contre l'opération du phimosis, avec un bistouri à lame étroite, et dont le sommet pointu est termiué par une boule de cire. Nous avons pratiqué un grand nombre de fois cette opération avec ce seul instrument, et jamais nous n'avons, pendant son introduction, blessé, soit le gland, soit le prépuce.

Mais le précepte qui nous a le plus surpris, dans toute l'étendue de l'ouvrage, est celui que M. Malgaigne a mis en tête du chapitre où il trait de l'art de l'oculiste. « *Dans tous les cas*, dit-il, *où il est conseillé de se servir de la main gauche, le chirurgien devra se placer derrière le malade et agir toujours de la main droite.* » Tant d'objections se présentent qu'il est extraordinaire que l'auteur se soit borné à poser ce principe, tout nu, sans chercher à montrer comment il pouvait suppléer à celui universellement admis pour les opérations qui se pratiquent sur les yeux, et que Celse étendait à toutes les manœuvres chirurgicales : *Non minus sinistra quam dextera promptus*. Que le chirurgien fasse la cataracte par abaissement, comment et par qui la tête du malade sera t-elle maintenue immobile, comment le chirurgien verra-t-il son aiguille à travers la pupille dans la chambre postérieure etc.? Nous l'avouons sincérement, nous ne pourrions nous soumettre à l'accomplissement du précepte qui précède qu'après l'avoir vu étayé de raisons plausibles et de succès nombreux; or, les

les uns et les autres lui manquent dans le Manuel de médecine opératoire.

A part ces critiques, nous ne saurions trop recommander l'ouvrage de M. Malgaigne aux personnes qui veulent se livrer à la pratique des opérations chirurgicales. L'utilité de ce livre, bien supérieur à celui de M. Coster, sera vivement appréciée par les élèves qui, arrivés à la fin de leurs études médicales, désirent s'exercer sur le cadavre à la manœuvre des opérations, et rendre habile et sûre une main qui plus tard devra porter le fer sur les tissus vivans. A. BÉRARD.

Coup-d'œil sur la migraine et ses divers traitemens ; par J. P. PELLETAN, *D. M. P.* Paris, 1833. Brochure in-8.°, 404 pp.

La migraine ne constitue souvent qu'une simple indisposition de courte durée, et que les malades eux-mêmes oublient très-vite, lorsque ses accès ne se manifestent qu'à des intervalles éloignés. De là vient sans doute la légèreté avec laquelle on s'habitue à traiter cette affection ? Mais les sujets qui éprouvent de fréquens accès de migraine, et que rien ne soulage, se font une idée cruelle de cette maladie. L'étude de la migraine commence à une époque très-ancienne, et n'a fait que des progrès lents. A la longue, presque tous ses symptômes ont été signalés, mais isolément, en détail, et par des auteurs différens : Souvent même l'on trouve la migraine confondue avec diverses espèces de céphalalgie, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on distingue ses caractères parmi les groupes de symptômes qui lui sont étrangers. Cependant dans le dernier siècle l'on commença à se faire une idée exacte des formes de la migraine, mais son siége resta incertain, sa nature ignorée, son traitement hasardeux. L'on ne peut donc que louer M. Pelletan d'avoir cherché à jeter quelque jour sur ce sujet difficile, et il nous semble qu'il a réussi à peindre les principales formes de la migraine, à la séparer des affections qui s'en rapprochent le plus, à appeler l'attention sur son siége, sur les affections sympathiques qui peuvent la produire ou qu'elle peut déterminer, enfin, sur sa marche, ses terminaisons. les principes de son traitement ; il nous est impossible de suivre l'auteur dans toutes les questions qu'il aborde, dans tous les raisonnemens qu'il émet, mais nous regrettons que M. Pelletan n'ait pas toujours suffisamment motivé les opinions qu'il croit devoir adopter.

Pour nous, le siége de la migraine est très-difficile à déterminer. Nous nous demandons si, à la manière de certaines névralgies, la migraine réside réellement dans les divisions de certain nerf, d'où elle viendrait ensuite retentir dans le cerveau ; ou bien si le mal se forme de prime à bord au sein des hémisphères cérébraux, réceptacles de toutes sensations, et si le malade, à la manière des hallucinés, ne ferait que rapporter au dehors de la tête, au fond des orbites, dans les yeux, les oreilles, les bras, les jambes, la langue, etc., des sensations qui, en réalité, ne prennent point naissance dans un dérangement de ces parties ; et, pour résoudre ces questions nous souhaiterions que l'on étudiât le degré de consistance, de coloration, d'injection, etc., de la pulpe cérébrale, que l'on disséquât plusieurs fois les nerfs où les douleurs semblent éclater avec le plus d'énergie. Ces recherches n'ont jamais été tentées avec assez de soin. M. Pelletan pense que la cause matérielle de la migraine réside dans les em-

branchemens du nerf ophtalmique, et cela, parce que le malade sent dans quelques cas la douleur se dessiner, pour ainsi dire, dans les rameaux de ce nerf; mais cette raison, qui n'est pas dénuée d'importance, est loin d'être concluante. Qui ne sait que plusieurs amputés accusent des douleurs dans les membres qu'ils ne possèdent plus depuis longues années ?

M. Pelletan admet avec fondement plusieurs espèces de migraines sympathiques, mais il ne s'explique pas assez nettement sur la voie des communications entre les organes éloignés ? Est-ce par le moyen du cerveau que l'estomac, l'utérus, parviennent à agir sur le nerf ophthalmique et sur les nerfs de l'oreille, de l'odorat, du gout, des bras, des pieds, dans les cas où la migraine s'accompagne de sensations de toutes ces parties? Comment la migraine, d'un autre côté, provoque-t-elle le vomissement? Tous ces résultats s'expliqueraient mieux si la migraine dependait d'un vice du cerveau, organe où toutes les impressions viennent aboutir; d'où le moindre effet peut être promptement transmis par le secours des nerfs à des parties fort éloignées. L'on doit entrevoir maintenant quelques uns des motifs qui portent beaucoup de médecins à considérer la migraine comme une espèce de céphalalgie. C.

Commentatio de coremorphosi, *auctore* Ch. Heiberg, *Med. D.*, *etc. Christianiæ*, 1829. In-8.°, pp. 261.

L'opération de la pupille artificielle, la *Corémorphose*, quoique par ses résultats une des opérations les plus brillantes de la chirurgie, est cependant peu pratiquée en France, ce qui paraît provenir bien moins de sa difficulté et du petit nombre de cas dans lesquels elle réussit, que de l'abandon dans lequel est tombée l'ophthalmologie en général; abandon qui est principalement dû à l'absence de cours et de cliniques ophthalmologiques à nos écoles de médecine. Dans les pays où cet enseignement existe, l'opération de la pupille artificielle est beaucoup moins rare que chez nous, et donne lieu à un plus grand nombre d'écrits. Parmi ces derniers, celui de M. Heiberg est sans contredit le plus complet; c'est ce qui nous a engagé à en donner une courte analyse.

M. Heiberg appelle corémorphose ou formation de la pupille artificielle, l'opération par laquelle on procure aux rayons lumineux un accès dans l'intérieur de l'œil; soit en ouvrant la pupille naturelle lorsque celle-ci est fermée, soit en la tirant vers l'un ou l'autre côté lorsqu'elle est ouverte mais cachée, soit en établissant une ouverture artificielle dans l'iris ou la sclérotique. — Après avoir donné cette définition, l'auteur parle des altérations qui indiquent ou contre-indiquent l'opération, du pronostic, de la préparation du malade pour l'opération, de l'endroit où la pupille artificielle doit être établie de préférence. M. H. passe ensuite à la description des différens procédés opératoires qu'il rapporte tous à cinq méthodes principales, qui sont: 1.° L'incision de l'iris, *Iridotomie*; 2.° l'excision de cette membrane, *Iridectomie*; 3.° son décollement, *Iridodialyse*, qui se subdivise en décollement simple, décollement avec enclavement, décollement avec incison ou *Iridotomedialyse*, décollement avec excision, ou *Iridectomedialyse*; 4.° l'enclavement de l'iris, *Lorencleisis*; 5.° enfin l'excision d'une partie de la sclérotique, *Scleroticectomie*.

Les avantages et les inconvéniens de chacune de ces méthodes sont exposés avec soin, ainsi que les altérations qui indiquent ou contre-indiquent l'une ou l'autre des opérations. M. H. fait voir que la méthode par incision réussit très-rarement; que le plus souvent les

deux lèvres de la plaie de l'iris contractent entre elles de nouvelles adhérences, qui effacent la pupille artificielle ou la rétrécissent assez pour la rendre de peu d'utilité. L'auteur n'en propose pas moins un nouveau procédé pour pratiquer l'iridotomie. Il se sert, pour cette opération, d'un instrument qui ne diffère du crochet de Beer, qu'en ce que l'extrêmité crochue de ce dernier est remplacée par un petit couteau falciforme, long d'une ligne, à dos convexe et à tranchant concave. On introduit cet instrument par une ouverture faite avec un kératotome à la partie externe de la cornée; puis on le fait avancer dans la chambre extérieure, jusqu'à une ligne du bord ciliaire interne de l'iris; en enfonçant alors la pointe dans cette membrane et en retirant l'instrument, on incise l'iris jusqu'à une ligne du bord ciliaire externe. Ce procédé a les mêmes inconvéniens que la plupart de ceux qui l'ont précédé; il donne facilement lieu au décollement de l'iris et à la blessure de la capsule crystalline, et la pupille artificielle se referme le plus souvent. Il vaut toujours mieux recourir aux méthodes par excision et par décollement. M. H. montre pour cette dernière une grande prédilection, qui lui fait même avancer quelques propositions hasardées; c'est ainsi qu'il dit entre autres que l'inflammation est moins vive après le décollement qu'après l'excision, l'iris étant beaucoup moins sensible à son bord ciliaire que vers le bord pupillaire. — Le décollement simple et celui avec incision réussissent très-rarement; M. H. n'a recours au premier que dans les cas où la cornée étant opaque dans presque toute son étendue, on ne peut pratiquer l'incision que dans la partie altérée de cette membrane ou dans la sclérotique; il préfère pratiquer l'incision dans cette dernière, introduit par là le crochet et fait le décollement simple; nous croyons qu'on réussira plus souvent en faisant le décollement avec excision ou enclavement par une ouverture à la partie obscurcie de la cornée; il est vrai que la plaie ne se cicatrise pas toujours et qu'alors la suppuration s'empare de l'œil, mais dans le plus grand nombre des cas la cicatrice ne tarde pas à se faire.

M. H. se sert avec raison du crochet simple pour le décollement de l'iris, et démontre les inconvéniens des instrumens compliqués qu'on a inventés pour cette opération. L'enclavement sans décollement, *lorencleisis* se pratique lorsque l'iris est libre, mais qu'il existe une taie centrale de la cornée; on tâche alors de tirer la pupille d'un côté et de l'y fixer en enclavant l'iris dans une plaie de la coroée; il vaut mieux cependant exciser la partie de l'iris tirée au dehors, faire par conséquent l'iridectomie. Quant à la scléroticectomie, M. H. la rejette parce que la partie excisée de la sclérotique est toujours remplacée par une cicatrice aussi opaque que la tunique elle-même. Les expériences récentes du professeur Ammon (*Zeitschrift für die ophthalmologie.* T I. H. 183) ne parlent guères plus en faveur de cette opération, que celles citées par M. Heiberg.

Après avoir décrit et jugé tous les procédés employés jusqu'à ce jour pour l'opération de la pupille artificielle, l'auteur termine son ouvrage en parlant des accidens qui arrivent pendant et après l'opération et des moyens par lesquels on les combat.

Nous n'avons pu donner qu'un aperçu général de l'ouvrage de M. Heiberg; ce que nous en avons dit suffira cependant pour faire voir que c'est un traité complet qui mérite une place dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent des maladies des yeux, d'autant plus qu'il est écrit dans une langue familière à tout médecin instruit.

V. Stoeber.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1834.

Considérations physiologiques et thérapeutiques sur la digitale pourprée; par M. JORET, *D. M. P.* (Suite.)

IIIe SÉRIE. — *Extrait alcoolique de digitale.*

Ire OBS. — *Hypertrophie du cœur, œdème des extrémités inférieures, et par suite ascite. — Extrait alcoolique de digitale* ʒij 61 *grains en* 6 *jours.* — Une cuisinière, âgée de 60 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 2 octobre 1833. Réglée à 11 ans, elle a cessé de l'être à 50, et a eu dans cet intervalle de temps 9 enfans, qui tous jouissent d'une bonne santé. Depuis 10 ans elle éprouve de la gêne dans la respiration, et très-souvent depuis cette même époque elle ressent de fortes palpitations qui, reparaissant par intervalle dans le principe, sont devenues continuelles depuis plusieurs années. L'infiltration a commencé par la jambe droite, s'est portée jusqu'à la cuisse et a gagné le péritoine; il y a ascite assez considérable. Il y a deux ans, qu'elle nous dit avoir eu une hémoptysie fort abondante qui l'a obligée de garder le lit pendant quinze jours. Les voies digestives sont en bon état, sauf une constipation habituelle. Le pouls est sans fréquence et la peau sans chaleur. Son mat à la région précordiale, les battemens du cœur ont une impulsion très-forte sous la clavicule droite; la respiration est pure, mais généralement faible-

On prescrivit d'abord 12 grains de calomélas pour faire cesser la constipation. La malade eut 8 selles; la langue conserva toujours son aspect humide et rose; 88 pulsations, 22 inspirations par minute. On attendit deux jours encore; la circulation restant la même et l'ascite ne diminuant pas, on fit la prescription suivante : 3 pil. d'un gr. aā d'extrait alcoolique de digitale.

Rien de nouveau à noter; le lendemain on donne 12 gr. du même extrait, puis 24 grains le surlendemain; à cette dose seulement, quelques légères nausées se montrèrent. Le pouls était à 80 puls., il y avait 24 inspirations. Les deux jours suivans, 30 gr. d'abord, puis 40 gr. d'ext. alc. de digitale: rien encore aux voies digestives. Le pouls reste le même. On croit remarquer de l'abondance dans les urines, mais il n'y a certainement pas de diminution de l'ascite. La malade prend dans les deux jours 96 grains d'ext. alc. de digitale. Le premier jour il survient des nausées qui persistent tout le jour, pas de vomissement. Une selle liquide sans coliques; la langue est collante et un peu plus rouge, la bouche sèche et chaude; 80 pulsations, 20 respirations; la quantité des urines est remarquable. Le dernier jour, les nausées sont plus fréquentes, il y a un sentiment de brûlure à l'épigastre, la bouche est toujours sèche, la langue rouge, la malade a eu deux selles liquides précédées de coliques. Rien au cerveau, la circulation est la même; les urines moins abondantes qu'hier ne déposent pas par l'acide nitrique.

On suspend les pilules, les symptômes gastriques disparaissent. L'ascite ne diminue pas, et les palpitations sont toujours très-fortes. La dose de l'extrait alcoolique de digitale a été portée à près de trois gros, chez notre malade; quelques accidens se sont montrés vers le tube digestif, la quantité des urines augmente une seule fois sans que l'ascite ni l'infiltration des extrémités inférieures diminuent, la circulation n'a pas été ralentie.

Nous avons vu déjà que la poudre et l'extrait aqueux de digitale à doses beaucoup plus faibles donnaient lieu à des symptômes gastriques bien plus tranchés, et qu'en même temps dans la grande majorité des cas il en résultait une modification quelconque dans les autres fonctions. Ici, cependant l'extrait alcoolique a été donné haute à dose, et il n'est survenu aucune amélioration notable.

Obs. IIme — *Gastrite chronique, hémoptysie. Extrait alcoolique de digitale, 66 grains en 7 jours.* — Un garçon couvreur âgé de 50 ans a eu le choléra en 1832; depuis ce temps il se plaint d'une anorexie presque complète, ses digestions se font mal. Il a de la céphalalgie, sa langue est blanche et humide, il éprouve une pesanteur à l'épigastre après avoir mangé; une selle par jour; jamais de palpitations, 96 pulsations, 28 respirations. Il y a quatre ans, il a eu une pleuropneumonie gauche, et depuis cette époque il tousse souvent. Dyspnée de temps en temps, depuis huit jours il crache le sang : c'est, dit-il, la première fois de sa vie; il évalue à un litre la quantité de sang qu'il a craché le premier jour; aujourd'hui les crachats sont mêlés de quelques filets de sang. L'auscultation nous fait entendre un râle muqueux et crépitant sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse; ailleurs, respiration pure, sonoréité normale partout.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital on lui fait une saignée du bras : la respiration et la circulation se sont ralenties; il n'y a plus que 64 pulsations, et 24 inspirations par minute; la toux est la même, les crachats paraissent rouillés, les symptômes gastriques n'ont pas diminué; (30 sangsues à l'anus). Le lendemain l'hémoptysie est plus abondante, le pouls est remonté à 92 pulsations; il y a 32 respirations; mêmes râles sous la clavicule droite.

On commence l'extrait alcoolique de digitale à la dose de deux grains le premier jour et 4 grains le second. L'hé-

moptysie persiste; rien aux voies digestives ni au cerveau; la circulation descend à 80 pulsations; le premier jour et le lendemain le pouls ne bat plus que 60 fois la minute. On continue la dernière dose de digitale pendant deux jours encore, et les jours suivans on va progressivement jusqu'à 24 grains en 24 heures. Au lieu de diminuer, les battemens artériels s'accélèrent de nouveau, il y a de 76 à 80 puls. par minute, et aucune fonction ne se modifie sous l'influence du médicament; l'hémoptysie a cessé le cinquième jour du traitement,

Devons-nous attribuer dans ce cas la cessation de l'hémoptysie à l'administration de la digitale? Les deux émissions sanguines pratiquées avant l'emploi de notre médicament n'ont-elles été d'aucune utilité? et parce que le crachement de sang est devenu plus abondant le lendemain de la dernière saiguée locale, pouvons-nous en conclure que la digitale seule ait arrêté le flux sanguin? ou bien n'y a-t-il eu seulement que simple coincidence? ne voit-on pas souvent chez des phthisiques une hémoptysie disparaître d'elle-même, et n'avons-nous pas dans la science une foule de cas dans lesquels une, deux et quelquefois trois saignées n'ayant amené après elles aucune amélioration immédiate chez un hémoptysique, quelques jours se passent et le crachement de sang disparaît?

Du reste, les voies digestives n'ont pas été troublées un seul moment, et le système nerveux n'a pas été sensible à l'action de notre thérapeutique. La circulation qui, dès les deux premiers jours, paraissait se ralentir, reprend bientôt après son type normal. La respiration et les secrétions n'ont pas été influencées.

III° Obs. — *Bronchite aiguë. Tubercules pulmonaires. Extrait alcoolique de digitale* ʒij 29 *grains en* 9 *jours.* — Un confiseur, âgé de 19 ans, nous dit que depuis deux ans il est très-sujet à s'enrhumer, le plus petit changement de température le fait tousser pendant plusieurs jours. Il y a

trois semaines, il s'est exposé inconsidérément à la vapeur du charbon, et depuis ce temps, la toux est devenue si forte qu'il a été forcé de s'aliter : jamais de palpitations, pas de dyspnée, jamais d'hémoptysie; il éprouve, quand il tousse, une sensation de chaleur le long du sternum; les crachats sont striés et peu abondans; la respiration, pure et forte, s'entend dans tous les points de la poitrine.

La langue est blanche, l'appétit conservé, les selles ordinaires; le pouls assez dur bat 64 fois par minute, il y a 28 respirations.

Depuis quinze jours environ il ressent des frissons par tout le corps, qui se montrent la nuit plus particulièrement, et sont suivis de chaleurs et de sueurs. Un peu de céphalalgie. On ordonne une saignée du bras et en même temps 1 grain d'extrait alcoolique de digitale.

Le caillot sanguin est recouvert d'une couenne blanche à bords relevés. La céphalalgie n'existe plus, la toux est moindre, la malade a sué une grande partie de la nuit, il n'a pas eu de frisson; 60 pulsations et 24 respirations. (Tisane de mauve, 2 grains d'extrait alcoolique de digitale).

Rien à noter le lendemain. On augmente la dose de la digitale. Le jour suivant, les voies digestives sont toujours intactes; 52 pulsations et 24 respirations; pas de sueurs la nuit dernière, mais la quantité des urines est plus abondante que de coutume. Les deux jours qui suivent, on porte la dose de la digitale à 9 grains le premier jour et 12 grains le second. Tout ce que l'on observe et que nous avons bien constaté, c'est que, la quantité des urines étant redevenue la même, les sueurs ont reparu pendant la nuit; ce matin, la peau du malade est moite comme s'il était à la fin d'un accès de fièvre, le nombre des pulsations est le même que celui des jours précédens.

Les 27, 28, 29 et 30 août, on continue l'administration de la digitale en augmentant progressivement la quantité,

de manière que le dernier jour la dose en était portée à 36 grains : les sueurs ne se sont plus montrées, la secrétion urinaire est restée la même; pendant tout ce temps, le pouls a varié entre 52 et 60 pulsations. Le malade est sorti le 1er septembre 1833, toussant beaucoup moins que le jour de son entrée à l'hôpital, mangeant et digérant très-bien.

Dans cette observation, pas plus que dans la précédente, l'extrait alcoolique de digitale n'a exercé aucune modification sur les diverses fonctions : la quantité des urines s'accroit le quatrième jour du traitement, mais les sueurs qui existaient auparavant disparaissent en même temps. Ne sont-ce pas là deux phénomènes qui se lient l'un à l'autre? le premier n'est-il pas nécessairement la conséquence du second, puisque deux jours après l'inverse a lieu? les sueurs se montrent de nouveau et la secrétion urinaire est notablement diminuée. Nous ne devons et ne pouvons donc pas attribuer à notre thérapeutique un phénomène tout naturel qui serait survenu et survient chaque jour sans le concours d'aucun médicament.

Nous possédons plusieurs autres observations encore où l'extrait alcoolique de digitale a été employé, mais toujours sans succès aucuns. Il en est de même de l'extrait éthéré, nous n'avons jamais vu de modifications bien notables des diverses fonctions à la suite de son emploi. Ce serait donc alonger bien inutilement notre travail que de passer en revue tous ces cas les uns après les autres; ils ne serviraient qu'à faire nombre dans la science, sans profit pour elle. — Nous prenons entre six l'observation suivante, où l'extrait éthéré de digitale semble avoir produit le plus d'effets.

IVe Série. *Extrait éthéré de digitale.*

Obs. —*Asthme, hypertrophie du cœur. Extrait éthéré de digitale* ʒi 27 *grains en 7 jours.* — Un manouvrier, ancien militaire, âgé de 53 ans, entre le 17 juin de l'année dernière à l'hôpital de la Pitié. Depuis trois ans, il est sujet à

des douleurs rhumatismales qui se montrent de préférence dans la jambe gauche et dans les reins; depuis ce temps aussi, il a la respiration courte et ressent des palpitations plus ou moins fortes. L'hiver dernier, la toux a été plus forte que de coutume, la dyspnée plus grande; le malade n'a pu continuer son travail. — Depuis quatre ans environ, il a des étourdissemens qui lui occasionnent quelquefois des pertes de connaissance.

La langue est blanche, l'appétit ordinaire, et les selles naturelles; il éprouve, à la région précordiale, une sensation très-pénible qu'il compare à une barre de fer qui lui étreindrait le cœur, et en même temps les bras s'engourdissent. Il y a huit ans qu'il a éprouvé, pour la première fois, cette sensation qui s'est montrée souvent depuis, et qui disparaissait toujours, s'il survenait une douleur rhumatismale dans une autre partie du corps : il semblait au malade, et ce sont là ses expressions, « qu'il sentait la douleur se transporter du cœur dans un autre lieu. » Le pouls régulier, assez dur, battait 76 fois par minute; il y avait 30 respirations dans le même espace de temps. Son mat à la région du cœur dans une assez grande étendue; rien d'appréciable par l'application de la main; l'auscultation nous faisait entendre des battemens réguliers sans bruit insolite; impulsion assez forte qui existe au-dessus du sein gauche et au bas du sternum. Les battemens ne s'entendent que dans une petite étendue, à peine sont-ils appréciables sous la clavicule droite. — Sonoréité des parois thoraciques, partout normale; respiration forte et pure en avant des deux côtés ainsi qu'en arrière supérieurement; en bas et en arrière, râle sous-crépitant. Œdème des extrémités inférieures; hémoptysie il y a deux mois. (Tisane de mauve, une pilule d'un grain d'extrait éthéré de digitale.)

Le lendemain, le pouls est le même, la respiration a diminué de fréquence, il y a 24 inspirations par minute on entend très-distinctement, au premier bruit du cœur, un

bruit de scie qui se renouvelle à chaque battement. (4 gr. d'extrait éthéré de digitale en quatre pilules.)

Les fonctions digestives ne sont pas encore dérangées, la langue est sans rougeur, la soif un peu plus vive; il y a eu une selle sans coliques comme d'habitude. 16 grains éthérés de digitale sont prescrits, et l'on augmente progressivement pendant quatre jours d'un grain chaque vingt-quatre heures la dose du médicament. Le pouls devient très-irrégulier et en même temps il se ralentit; de 76 pulsations qu'il donnait par minute, il ne bat plus que 56 fois dans le même espace de temps; la respiration reste la même; le malade a eu quelques nausées sans vomissemens, et deux selles le dernier jour du traitement.

L'œdème des extrémités inférieures augmente; loin de diminuer, la sécrétion urinaire n'a pas été modifiée; le cerveau n'a pas ressenti l'influence de la digitale.

A côté de ce fait, en voici un autre où la teinture éthérée de digitale a été employée à la dose énorme de deux onces en *vingt-quatre heures* sans qu'aucun accident fâcheux soit survenu. Un individu, âgé de 45 à 50 ans, offrant tous les signes d'une affection du cœur, avec œdème des extrémités inférieures, ascite, etc., est entré, en mai 1831, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Léon. On lui ordonna des frictions avec la teinture éthérée de digitale; la fiole qui la contenait en renfermait deux onces au moins. Le malade, croyant que c'était une potion calmante, l'avala d'un seul trait. Il fut agité une grande partie de la nuit; il ressentait de l'amertume dans la bouche et avait des rapports acides. Rien de plus ne se montra du côté des voies digestives, mais son pouls, qui battait 60 et quelquefois par minute, descendit au-dessous de 40 pulsations, le lendemain de l'ingestion de la teinture éthérée de digitale. Deux jours après, tout était rentré dans l'ordre naturel.

Ve Série. *Digitale administrée en infusion par la bouche et en lavement.*

Obs. Ire *Tubercules pulmonaires, infusion de digitale 42 grains en trois jours.*—Un charpentier, âgé de 31 ans, a eu à l'âge de 15 ans un rhume très-fort qui a duré huit mois; depuis ce temps, il n'a cessé de tousser. Il y a cinq mois enfin, la toux étant devenue plus intense, le malade a craché quelques filets de sang, la fièvre s'est montrée tous les soirs, il n'a pu continuer son travail, et est entré à la Pitié le 23 novembre 1833.

État actuel. Céphalalgie, bourdonnement dans les oreilles, l'appétit est conservé, la langue est blanche et pâle, le ventre indolent, les selles ordinaires. Douleurs au larynx; 76 pulsations et 24 inspirations; la respiration est haute et costale, jamais de battemens du cœur; les crachats, peu abondans, sont striés et formés de grumeaux opaques séparés par un liquide plus ou moins transparent; la toux fait naître une douleur assez vive dans la fosse sous-épineuse. L'auscultation et la percussion nous font entendre en avant et à droite une sonoréité normale et une respiration faible, sans mélange d'aucun râle. En avant et à gauche sonoréité plus grande et bruit respiratoire plus fort, mais surtout en arrière; des deux côtés sonoréité égale, un peu de râle muqueux dans quelques points de la poitrine. On pratique une saignée, et le caillot nous offre le lendemain la couenne caractéristique de la phthisie. Trois jours se passent : le malade mange le quart de la portion, l'état des voies digestives est le même, l'auscultation nous donne les mêmes résultats; il y a 56 pulsations et 24 respirations par minute. (Infusion de 12 grains de feuilles de digitale).

Les voies digestives restent intactes, les battemens artériels diminuent de fréquence, il n'y a plus que 48 pulsations; en même temps la respiration devient plus libre,

on compte 20 inspirations par minute; mêmes signes stéthoscopiques. (15 grains de digitale en infusion).

L'amertume de la bouche est la seule chose à noter le lendemain comme dérangement des fonctions du tube digestif; le pouls est encore plus lent que la veille, 42 pulsations et 17 respirations; le malade ne tousse plus. (15 grains de feuilles de digitale en infusion).

La bouche est toujours amère, et de plus le malade se sent le cœur embarrassé; mais il n'a eu ni vomissement ni nausées. 44 pulsations et 17 inspirations; pas de toux. On cesse la digitale : le lendemain la bouche est encore mauvaise, la langue blanche, il existe un peu de céphalalgie, 43 pulsations et 18 respirations; au milieu de la minute le pouls a présenté pour la première fois un temps d'arrêt remarquable, il y a euabsence d'une pulsation au moins. Le surlendemain, l'amertume de la bouche a disparu, le malade demande des alimens, 48 pulsations et 20 respirations, pas d'irrégularité dans le pouls; plus de céphalalgie. Le troisième jour après la cessation de la digitale le pouls était remonté à 52 pulsations, il y avait 20 respirations par minute, la toux ne reparaissait pas.

Ce cas est un des plus remarquables que nous ayons observés, eu égard aux fonctions digestives qui sont restées intactes, et à l'amélioration des plus notables survenue du côté des voies respiratoires, pendant et à la suite de l'administration de la digitale. Avant d'en tirer nos conclusions, nous citerons le fait suivant qui se rapproche du précédent dans quelques-uns de ses points.

OBS. II[e] *Infusion de digitale* 60 *grains en trois jours; palpitations, dyspnée.* — Un cordonnier âgé de 28 ans ressentait depuis quatre ans une douleur rhumatismale fixe à l'épaule droite; depuis ce temps aussi il avait une toux sèche habituelle et un peu de dyspnée qui s'était accrue considérablement depuis neuf mois; enfin à cette dernière époque il eut une forte céphalalgie qui dura six semaines

et à laquelle succédèrent des étourdissemens qui persistent encore. La langue est blanche et sans rougeur, l'épigastre est douloureux à la pression; quelques coliques dans le reste du ventre, constipation par intervalle, pouls dur, 68 pulsations, 20 respirations, battemens de cœur depuis plus de trois mois, augmentant par la marche et s'accompagnant alors d'un sentiment de chaleur à la poitrine et de fourmillemens dans les membres supérieurs. L'auscultation ne nous montre rien d'anormal dans la poitrine; la percussion est sonore partout, la toux continue, jamais d'hémoptysie. Pendant les quatre premiers jours notre malade prend 98 grains de sous-nitrate de bismuth et le *quart* d'alimens. Pas d'amélioration du côté des voies digestives, les battemens du cœur se font avec éclat, et cependant le nombre des pulsations a diminué, on n'en compte plus que 52 par minute; celui des inspirations est le même. On commence l'infusion de digitale à la dose de 20 grains le premier jour: l'épigastre qui était douloureux la veille est indolent aujourd'hui; le malade nous dit que les palpitations sont moins fortes, et cependant l'auscultation nous démontre encore une vive impulsion à chaque battement; l'artère radiale explorée ne donne que 48 pulsations par minute, il y a 15 respirations. (25 grains de digitale en infusion).

Dans la journée, le malade, n'ayant pris encore que la moitié de sa tisane, ressent de l'amertume dans la bouche. Il achève sa boisson pendant la nuit. Le lendemain la bouche est toujours amère, la langue blanche sans rougeur à son limbe; il n'y a eu ni vomissemens ni nausées, pas même de soif; quelques coliques comme d'habitude; le pouls est irrégulier, il marque 48 pulsations, il y a 15 respirations par minute; pas d'étourdissement, pas de céphalalgie; les urines sont moins abondantes que de coutume; les battemens du cœur ne se font plus avec éclat; moins de gêne dans la respiration. (Infusion de 15 grains de digitale).

Nausées sans vomissemens, palpitations presque nulles,

respiration beaucoup plus libre, 44 pulsations fort irrégulières, 17 respirations, une seule selle, rien du côté du cerveau.

On suspend la digitale : le mieux continue, et le malade sort quelques jours après.

Les deux observations qui précèdent ont pour sujets deux hommes dont l'affection est bien différente, mais qui sont du même âge à peu près et qui ont pris le premier 42 grains et le second 60 grains de digitale en infusion. Chez l'un et l'autre il n'y a pas eu de céphalalgie, pas d'étourdissemens, pas de vertiges. Tous deux ont ressenti de l'amertume dans la bouche dès le deuxième jour du traitement; ils n'ont pas éprouvé de douleur épigastrique, et qui mieux est, chez le second, l'épigastre, qui le premier jour de l'administration de la digitale était douloureux à la pression, est indolent le lendemain. Le pouls du phtisique est devenu irrégulier une seule fois, et chaque jour il s'est ralenti; le cœur s'est un peu embarrassé, et, chose remarquable, en même temps que nous notions le ralentissement de la circulation, la toux a disparu.

Chez l'autre, il y a eu le troisième jour des nausées sans vomissement. Le pouls est devenu irrégulier pendant les deux derniers jours, la circulation ne s'est pas beaucoup ralentie, les pulsations ont varié entre 48 et 44 battemens par minute; mais la respiration est devenue libre, et les palpitations ont presque disparu. Les sécrétions urinaires et salivaires n'ont pas été modifiées. Nous remarquons cependant, dans la dernière observation, que la quantité de l'urine semblait être diminuée chez notre malade le deuxième jour du traitement.

Voilà deux cas dans lesquels la digitale a borné son influence aux systèmes circulatoire et respiratoire.

Obs. IIIe — *Pleurésie gauche. Infusion de digitale, 75 gr. en trois jours.* — Un vernisseur âgé de 30 ans a eu, il y a dix ans, une première maladie de poitrine qui a duré six mois.

Il y a un an, il a été pris des mêmes accidens pendant vingt-deux jours; jamais il n'a toussé dans l'intervalle de ces deux maladies. Le 23 août de l'année dernière, après s'être levé bien portant et avoir déjeuné avec moins d'appétit, il est vrai, que les jours précédens, il ressentit un malaise dans tous les membres, puis survint un frisson précédé de baillemens et suivi de chaleur : en même temps grande céphalalgie, oppression et douleur vive au-dessous du sein gauche; il tousse un peu mais ne crache pas,

La langue est blanche, la bouche mauvaise; anorexie, soif assez vive, ventre plat et indolent; pas de selle depuis vingt-quatre heures; 84 pulsations et 24 respirations. Le côté gauche de la poitrine est sensiblement rétréci en arrière, et latéralement la percussion donne un son mat, et l'auscultation dénote l'absence de la respiration. Sonoréité parfaite dans tout le côté droit, le bruit respiratoire y est fort et pur; pas d'égophonie à gauche; jamais d'hémoptysie. On fait une saignée, et le caillot se recouvre d'une couenne blanche fort épaisse. L'oppression diminue un peu, le point de côté a disparu; 80 pulsations, 24 respirations; l'état des voies digestives est le même. Deux jonrs s'écoulent, le malade ne souffre plus de la poitrine. On commence l'infusion de digitale à 20 grains: le pouls ne battait plus alors que 64 fois par minute, il y avait 20 respirations; le lendemain rien de nouveau du côté de l'estomac, 50 puls. 20 respirations. (25 grains en infusion).

Nausées pendant toute la nuit deruière, coliques légères suivies de deux selles, 52 pulsations et 20 respirations, l'épigastre reste indolent. (30 grains de digitale en infusion).

Les nausées ont continué toute la journée et toute la nuit, un vomissement bilieux en a été la suite. Ce matin la langue est humide et sans rougeur, l'épigastre est sensible à la pression. On cesse l'infusion de digitale. Les nausées persistent encore pendant 24 heures, il n'y a point eu de vomissemens, le pouls est à 50 pulsations, le

malade a eu une seule selle avec coliques ; céphalalgie ; l'appétit ne revient pas, l'épigastre est toujours douloureux. M. Andral juge à propos d'administrer deux onces d'huile de ricin : tous les symptômes gastriques ont disparu, l'anorexie a cessé, le pouls ne donne que 48 pulsations, le nombre des inspirations est le même, 20 par minute. Le malade a eu 12 selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Combien cette observation est différente des deux premières ! Dans ce cas, la circulation s'est bien ralentie ; mais il est survenu, dès le lendemain du premier jour de l'administration de la digitale, des nausées très-fortes qui le jour d'après ont été suivies d'un vomissement abondant de matière bilieuse. En même temps, il existe de la douleur à l'épigastre, l'anorexie persiste ; le malade éprouve des coliques dans le ventre et est obligé d'avoir recours à un purgatif pour dissiper tous ces symptômes et ramener l'appétit ; les sécrétions ne sont pas modifiées, et c'est le dernier jour du traitement qu'il survint de la céphalalgie.

Obs. IVe — *Bronchite aiguë. Infusion de digitale 90 grains en trois jours.* — Un tabletier âgé de 31 ans, entre le premier avril 1833 à l'hôpital de la Pitié. Il y a cinq semaines qu'il a commencé à tousser à la suite d'un travail très-pénible, (il était resté plusieurs nuits sans se coucher). Dès le principe, la toux a été sèche, plus forte le matin et le soir que dans la journée ; actuellement elle est accompagnée de crachats muqueux ; depuis huit jours seulement il est survenu de la dyspnée, et il y a quinze jours environ que le malade a craché un peu de sang pendant quarante huit heures. La langue, recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais, est à peine rouge à son pourtour, l'appétit est conservé, la soif est nulle, l'épigastre et le ventre sont indolens, les selles ordinaires ; 72 pulsations et 24 respirations. Tous les soirs depuis une semaine le malade nous dit avoir des frissons suivis de chaleur et sueurs pendant la nuit.

La sonoréité est normale dans tous les points de la poitrine. En avant et à gauche, l'auscultation nous fait entendre un râle muqueux avec bruit de craquement épars; ailleurs la respiration est pure et de médiocre intensité. On fait une saignée du bras, et le sang se recouvre d'une couenne blanche fort épaisse. Le malade a passé une meilleure nuit, il n'a pas eu de fièvre, et le pouls marque 88 pulsations; il y a 24 respirations; même état des voies digestives, mêmes signes stéthoscopiques. Trois jours s'écoulent. Le malade prend d'abord 12 grains de calomélas; puis on lui pose 30 sangsues sous la clavicule gauche : pas d'amélioration sensible à la suite de ce traitement. Le pouls bat 82 fois par minute, il y a 22 respirations; la langue est humide mais un peu rouge, l'épigastre indolent, et les selles ordinaires. On commence l'infusion de digitale à la dose de 20 grains : le pouls remonte à 66 pulsations, il y a 28 respirations. (Infusion de digitale 30 grains).

Les voies digestives restent intactes, la toux est moins forte et les battemens artériels sont à 28 pulsations, 16 respirations. (40 grains de digitale en infusion dans trois verres d'eau bouillante). Le lendemain le malade nous dit avoir eu plusieurs vomissemens de matière verdâtre; les nausées sont continuelles, la langue présente le même aspect, l'épigastre est toujours indolent, la soif nulle, deux selles dans les 24 heures, 79 pulsations, 12 respirations, rien du côté du cerveau, la toux diminue encore. On cesse l'infusion de digitale : les vomisssemens et les nausées disparaissent, la bouche est encore amère, 68 pulsations et 16 respirations.

Cette observation nous offre un second exemple de modification des voies respiratoires par l'influence de la digitale : de 28 où il était d'abord, le nombre des inspirations descend le troisième jour du traitement à 12 par minute, et en même temps la toux diminue; mais ici la circulation n'a presque pas varié, les sécrétions n'ont

pas changé, le système nerveux est demeuré insensible, et l'estomac seul a été malade.

Obs. V^e—*Toux légère, palpitations, bruit de soufflet à la région cordiale. Infusion de digitale* 120 *grains en trois jours.* — Un ancien militaire âgé de 46 ans, revenu d'Alger depuis trois semaines, avait toujours joui d'une très-bonne santé jusqu'à cette époque, à part quelques étourdissemens auxquels il avait été sujet pendant un séjour de deux ans dans la colonie. Depuis son retour il éprouve un sentiment de gêne et de resserrement au devant de la poitrine. Pas de céphalalgie, la langue est blanche sans rougeur à son limbe, la soif nulle, anorexie depuis quelques jours, douleur épigastrique légère , augmentant par la pression, le reste du ventre est indolent; les selles sont naturelles; de temps à autre, toux accompagnée de crachats muqueux mêlés à quelques filets de sang; pouls développé, 66 pulsations, 16 respirations. Légère dyspnée et palpitations depuis son débarquement.

Les parois thoraciques résonnent bien dans tous leurs points; la respiration est pure partout, mais un peu plus forte en avant et à droite que dans le reste de la poitrine; les battemens du cœur sont accompagnés, à la région précordiale, d'un bruit de soufflet incident. Le malade reste pendant 48 heures à une médecine expectante : le pouls est à 70 pulsations, il y a 20 respirations, les mêmes symptômes existent du côté du cœur et des voies digestives. (Infusion de 30 grains de feuilles de digitale dans trois verres d'eau bouillante).

Le lendemain nous n'observons autre chose qu'un ralentissement notable de la circulation; le pouls est à 44 pulsations, pas d'irrégularité dans ses battemens, la douleur épigastrique a disparu. (60 grains de digitale en infusion).

Le nombre des pulsations est de 36 seulement par minute, le pouls est irrégulier, 16 respirations; ni nausées, ni vomissemens; le ventre est indolent, et cependant le malade

a eu huit selles liquides mais sans coliques; le bruit de souflet s'entend à peine. (30 grains de digitale en infusion).

Les nausées ont commencé dans la journée d'hier, et pendant la nuit il y a eu plusieurs vomissemens de matière verdâtre. Le dévoiement existe encore; trois selles liquides dans les 24 heures; pas de douleurs de ventre; la respiration est pure, 14 inspirations par minute, le pouls est remonté à 48 pulsations toujours irrégulières; le bruit de soufflet a complètement disparu. Voilà une observation remarquable sous bien des rapports. Comme effet thérapeutique, c'est un des beaux résultats obtenus par l'emploi de la digitale, que la disparition complète de ce bruit de soufflet à la région du cœur; et en même temps, comme effet physiologique, c'est la première fois que nous observons un ralentissement aussi marqué de la circulation dans un aussi court espace de temps. En 48 heures, de 70 le pouls descend à 30 pulsations, et ce jour-là, une diarrhée abondante était survenue: il n'y avait eu encore ni vomissemens ni nausées; c'est le dernier jour du traitement que ces derniers accidens apparaissent, le pouls remonte alors à 48 pulsations.

M. le professeur Andral m'a cité un autre cas, le seul qu'il connût de ce genre et qui peut être rapproché de celui-là. C'est celui d'un jeune homme de 24 ans qui, ayant pris en une seule fois une infusion de deux gros de digitale en lavement, ressentit à la suite quelques nausées et eut deux vomissemens. Le lendemain de l'administration du médicament, de 76 pulsations le pouls ne donnait plus que 29 battemens par minute.

Obs. VIe. *Tubercules pulmonaires. — Infusion de digitale* ℥ij 37 *grains en quatre jours.* — Un brunisseur sur cuivre, âgé de 41 ans, est sujet à tousser depuis son enfance; à l'âge de neuf a dix ans il a eu plusieurs hémoptysies légères. Depuis qu'il se connaît il a la respiration courte; il est sujet à avoir du dévoiement de temps à autre, et depuis

un mois enfin la toux s'est accrue; il est survenu du frisson chaque soir, sa langue est collante et blanchâtre, la soif vive, le ventre souple et indolent, une selle par jour, pas de douleur dans la poitrine, 60 pulsations, 26 respirations, sueur chaque nuit depuis plusieurs jours.

Son mat sous les deux clavicules, mais plus marqué encore sous la clavicule gauche et en arrière du même côté; respiration obscure dans toute la partie gauche du thorax, respiration faible et courte et sonoréité normale à droite et en arrière.

Les battemens du cœur s'entendent sous la clavicule droite, ils n'ont rien de particulier.

On pratique une saignée du bras, et le caillot se recouvre d'une couenne blanche d'une ligne d'épaisseur. Même état des voies digestives, mêmes signes stéthoscopiques. 62 pulsations, 22 respirations. (15 grains de digitale en infusion dans trois verres d'eau bouillante).

Rien aux voies digestives, la circulation se ralentit; 50 pulsations par minute et 16 respirations. (30 grains de digitale en infusion).

Même état que la veille, 46 pulsations et 18 respirations, une selle liquide. (30 grains de digitale).

Le nombre des pulsations est le même, celui des inspirations aussi; la langue est toujours blanche, le ventre indolent; le malade a eu quatre selles liquides sans coliques. (31 grains de digitale).

Les nausées et les vomissemens apparaissent, et en même temps le pouls augmente considérablement de fréquence: 120 pulsations par minute, il est irrégulier. Il survient une douleur épigastrique, et le dévoiement est plus fort que jamais: huit selles dans les 24 heures. (30 grains de digitale).

Le malade a eu encore cinq à six vomissemens de matière verdâtre porracée; la diarrhée a cessé, mais il existe toujours de légères coliques dans tout le ventre. Accable-

ment, fatigue dans tous les membres, pas un instant de céphalalgie, pas de vertiges, pas d'étourdissemens; les battemens artériels se ralentissent une seconde fois, 56 pulsations, 16 respirations; même état de la poitrine.

Cette observation nous porte d'abord à conclure que la digitale ne ralentit le pouls qu'autant qu'elle n'irrite point l'estomac. En effet, pendant les quatre premiers jours du traitement on n'observe pas de nausées, pas de vomissemens, mais seulement une légère diarrhée; et en même temps un ralentissement des pulsations artérielles. Puis le cinquième jour surviennent les phénomènes que nous venons de noter, la circulation augmente beaucoup de fréquence, il y a 120 pulsations par minute au lieu de 46; mais on continue la digitale à dose moitié moindre, il est vrai. Le dévoiement cesse, les vomissemens existent toujours, et malgré cela le pouls se ralentit une seconde fois, il n'y a le lendemain que 56 battemens par minute.

Si nous avions cessé l'administration de la digitale le cinquième jour du traitement, nous aurions été portés à croire que l'irritation de l'estomac était la cause de l'accélération de la circulation. Cependant, qu'est-il arrivé?

OBS. VII° — *Tubercules pulmonaires, hypertrophie du cœur avec bruit de soufflet. Infusion de digitale ℥iij, 12 grains en 8 jours.* — Un garçon marchand de vins entre le huit avril 1830 à l'hôpital de la Pitié. Il nous dit que depuis trois ans il est sujet à des douleurs rhumatismales, et que depuis son enfance il a toujours eu l'haleine un peu courte. Il y a douze jours seulement il a gagné un fort rhume qui a entraîné à sa suite de la toux, de l'oppression et des palpitations. Jamais il n'a eu de céphalalgie, ni d'étourdissemens, ni d'épistaxis. Sa langue est blanchâtre, la soif nulle; anorexie complette; le ventre indolent est tuméfié, il y a ascite manifeste. Les selles sont naturelles; la face est bouffie et les extrémités inférieures sont œdématiées.

Le pouls, régulier et de force ordinaire, bat 100 fois par minute; il y a 40 respirations.

Le son est mat dans une grande étendue à la région précordiale; dans cette même région et dans le tiers inférieur du sternum les impulsions du cœur s'entendent très-fortement, et de plus dans la partie postérieure gauche du thorax, on distingue très-bien un bruit de soufflet des plus marqués. Le bruit respiratoire est partout obscurci par du râle (bronchite). Parmi les crachats muqueux et spumeux qui sont en assez grande abondance, on en distingue quelques uns légèrement rouillés, mais peu visqueux. Jamais le malade n'a éprouvé de douleur au cœur. On fait une saignée du bras le lendemain de son entrée : le caillot ne se recouvre pas de couenne; l'oppression est un peu diminuée, il y a encore 32 respirations et 104 pulsations par minute; le bruit de soufflet a fait place à un bruit de râpe qui s'entend en arrière et en avant; les voies digestives sont de même qu'hier. (30 grains de digitale en infusion). Rien de changé le lendemain : 100 pulsations et 28 respirations. (40 grains de digitale en infusion dans trois verres d'eau).

Les voies digestives sont toujours intactes; le pouls régulier bat 62 fois par minute; l'auscultation nous donne les mêmes résultats; le malade nous dit avoir uriné plus que de coutume. (50 grains de digitale dans 3 verres d'eau bouillante). La quantité des urines s'est accrue de nouveau; l'œdème des membres inférieurs a disparu; 96 pulsations et 30 respirations; l'oppression diminue de jour en jour. (Infusion de digitale ʒi dans 6 verres d'eau bouillante). Rien encore du côté des voies digestives, 84 pulsations et 20 respirations, les urines sont moins abondantes qu'hier. (ʒi ß de digitale en infusion dans une pinte d'eau).

Le malade ne se plaint que d'une sensation de gêne à l'épigastre qui n'est pas douloureux; il a eu 8 selles liquides la nuit dernière; pas de colique. L'appétit renait, et la toux

diminue ; 88 pulsations et 26 respirations. (℥ii de feuilles de digitale pour une pinte d'eau).

Quelques nausées dans le courant de la journée ; la diarrhée continue mais moins forte ; trois selles suivies de colique ; l'ascite diminue ; le malade a dormi une grande partie de la nuit ; 88 pulsations et 22 respirations. (℥ij de digitale *id*...)

Les nausées se sont montrées de nouveau à plusieurs intervalles dans les dernières 20 heures ; le dévoiement a cessé complètement. Pour la première fois nous remarquons que les urines se sont troublées ; elles ressemblent à du cidre nouveau ; 80 pulsations, 26 respirations. (℥ij de digitale).

Cette fois enfin le malade a vomi toute la journée des matières jaunes-verdâtres ; en même temps le pouls est descendu à 68 pulsations, le dévoiement n'a pas reparu. On cesse la digitale ; les vomissemens persistent pendant 12 heures encore, la dyspnée n'existe plus, il n'y a plus que 16 inspirations par minute, et 66 pulsations ; le bruit de râpe a beaucoup diminué d'intensité, mais il existe toujours une forte impulsion au cœur ; pas de céphalalgie.

Dans cette observation, ce qu'il y a de bien remarquable c'est l'impassibilité de l'estomac jusqu'au dernier jour du traitement. Le malade avait déjà pris une once et plus de digitale, que nous n'avions vu survenir encore que du dévoiement et quelques nausées légères ; c'est pendant le dernier nyctéméron seulement que les vomissemens abondans arrivent, et avec eux nous notons pour la première fois un ralentissement de la circulation : le pouls baisse de 10 pulsations par minute, mais déjà la dyspnée avait disparu, et le jour même où l'augmentation des urines fut observée, ce jour-là l'œdème des extrémités inférieures n'existait plus. Pas d'étourdissement, pas de vertiges, pas de céphalalgie. Comment concevoir d'après ce fait que du délire

aît pu survenir chez certains individus (1), à la dose de quelques grains seulement de poudre de digitale?

Une dernière observation est celle d'une femme atteinte de bronchite qui a pris en une seule fois l'infusion de digitale à la dose de 12 grains. Tout ce qu'il y a de remarquable chez elle, c'est l'abondance des urines survenue à la suite de l'administration du médicament, rien aux voies digestives ni respiratoires, la circulation est la même.

Y a-t-il eu dans ce cas, simple coincidence entre l'administration de la digitale et l'augmentation de la sécrétion urinaire?

Dans cette même série nous rangerons en dernière ligne quatre observations dans lesquelles l'infusion de digitale a été faite avec les feuilles fraîches de la plante.

OBS. VIIIe—*Emphysème pulmonaire. Infusion de feuilles fraîches de digitale ℥i 30 grains en trois jours.* — Une femme âgée de 47 ans, entrée le 18 juillet 1833 à l'hôpital de la Pitié, nous dit que, depuis huit ans seulement, époque à laquelle les règles ont disparu, elle a commencé à tousser; que depuis deux ans sa toux est devenue plus forte, et qu'en même temps elle a eu la respiration courte, que parfois de fortes palpitations sont venues se joindre à ces deux premiers signes morbides. Les crachats muqueux sont peu abondans, jamais elle n'a eu d'hémoptysie, les voies digestives ne présentent rien d'anormal; 80 pulsations, 22 respirations par minute. Les palpitations augmentent quand elle tousse. La percussion nous fait reconnaître une sonoréité remarquable dans tous les points du thorax; l'auscultation nous démontre une respiration faible et à peu près nulle en avant et à droite; ailleurs le bruit respiratoire s'entend distinctement; nulle part il n'existe de râle.

(1) *Mémoire sur la digitale administrée en poudre*, par M. Sandras. — Dans le *Bulletin général de thérapeutique*, tom V, 6.e et 11.e livraisons.

On pratique d'abord une saignée du bras : le caillot se recouvre d'une couenne blanche d'une ligne à peu près d'épaisseur ; la dyspnée est diminuée, et la circulation n'est pas aussi fréquente, 68 pulsations et 26 inspirations. (12 gr. de feuilles fraîches de digitale en infusion dans quatre verres d'eau bouillante). L'état des voies digestives reste le même, la circulation et la respiration n'ont pas varié. (20 grains de feuilles fraîches de digitale en infusion dans deux pintes d'eau bouillante). La toux est sensiblement diminuée, les voies digestives et circulatoires sont les mêmes. (60 grains de feuilles fraîches de digitale en infusion).

A peine la malade a-t-elle pris le premier verre de sa tisane que des nausées très fortes suivies bientôt de vomissemens se déclarent. Elle continué neanmoins, et à chaque verre elle vomit abondamment ; la langue est naturelle, l'épigastre indolent, le nombre des selles n'est pas augmenté, une garde robe dans les 24 heures, l'appétit est conservé, et la circulation se ralentit pour la première fois ; 56 pulsations et 24 inspirations. On supprime la digitale ; les nausées et les vomissemens disparaissent, et la malade sort de l'hôpital quelques jours après, toussant moins, ayant la respiration libre et conservant un bon appétit.

Obs. IX[e]— *Pulmonie compliquée de fièvre intermittente. — Infusion de feuilles fraiches de digitale* 5i 70 *grains en quatre jours.* — Un maçon âgé de 48 ans avait joui d'une bonne santé jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital le 19 juillet 1833. Il fut pris ce jour-là d'un frisson très-fort auquel succédèrent la chaleur et la sueur ; sa langue est sèche, et il éprouve un besoin de boire continuel. L'épigastre et le ventre sont indolens, les selles ordinaires. Le pouls bat 128 fois par minute, et le nombre des inspirations est de 52. La respiration est haute, costale ; la dyspnée très-grande. Le malade nous dit avoir craché un peu de sang hier dans la matinée. Aujourd'hui les crachats sont visqueux, transparens et incolores. La poitrine est sonore

partout. L'auscultation nous fait entendre du râle crépitant en bas et en arrière des deux côtés, mais plus à gauche qu'à droite ; ailleurs la respiration est pure. Le cœur ne nous offre aucun bruit insolite.

On fait une large saignée du bras ; le caillot se recouvre d'une couenne blanche partielle. L'accès de fièvre a été aussi marqué cette nuit que les deux jours précédens. Les voies digestives sont restées dans le même état. 92 pulsations, 24 respirations. Le râle crépitant est plus sec et s'entend dans une plus petite étendue dans les deux points de la poitrine. Vingt-quatre heures se passent, la fièvre revient. On administre le sulfate de quinine pendant trois jours à la dose de 12 grains chaque nyctéméron. La fièvre disparaît, la langue a repris son humidité naturelle; on entend toujours un râle crépitant fin en arrière et en bas, Des deux côtés de la poitrine, la toux n'existe plus. Le pouls est à 64 pulsations; il y a 24 respirations par minute ; le malade mange le huitième de la portion. On commence le 30 juillet l'infusion de feuilles fraîches de digitale, à la dose de douze grains. Le lendemain, la quantité de feuilles fraîches de digitale est augmentée; on la porte à 30 grains, et les deux jours suivans à 60 grains chaque 24 heures.

Le premier jour, pas de changement dans l'état de notre malade. Le second, tout ce qu'il y a à noter c'est un léger dérangement des voies digestives, deux selles liquides sans coliques; le pouls est le même. Le 3.e jour, le malade se plaint de quelques nausées ; il n'a pas été à la garderobe, et sa circulation est ralentie ; 52 pulsations et 22 respirations par minute. Le dernier jour enfin de l'administration de la digitale à la dose de 60 grains, à peine le malade a-t-il bu le dernier verre de la tisane, qu'il éprouve quelques maux de tête sans étourdissemens; les pupilles sont notablement resserrées; les nausées ont continué, les vomissemens ont succédé; il se plaint d'avoir mauvaise bouche;

l'épigastre reste indolent, le ventre est souple. Une selle. Le pouls, régulier, bat 52 fois par minute; il y a 18 inspirations dans le même espace de temps. On cesse la digitale. Deux jours se passent; les nausées et les vomissemens continuent, l'urine devient plus abondante, et le pouls, un peu irrégulier, descend à 48 pulsations; la respiration est la même.

Dans ces deux premiers faits, où la digitale administrée de la même manière, a été portée à-peu-près à la même dose, nous observons des phénomènes à-peu-près semblables. Dans la première observation, c'est le dernier jour du traitement que les nausées et les vomissemens apparaissent; la malade n'a pas eu de dévoiement, et c'est la première fois que la circulation se ralentit sensiblement. Au milieu de ce trouble des fonctions digestives, le pouls descend de 68 à 56 pulsations par minute.

Chez notre second malade, dès le troisième jour de l'administration de la digitale, le pouls ne donne plus que 52 pulsations par minute, et il survient quelques nausées légères. On continue à la dose de 60 grains; les nausées persistent, les vomissemens apparaissent, la circulation reste la même. Il existe un peu de céphalalgie sans étourdissemens. Tous ces symptômes maladifs durent encore 48 heures. La circulation se ralentit de nouveau, l'abondance des urines est très-notable, et de même que dans le fait précédent, l'intestin ne participe pas au trouble de l'estomac.

Il ressort évidemment de ces deux observations, que le ralentissement des battemens artériels ne peut être attribué qu'à notre thérapeutique, et que la diminution dans le nombre des pulsations s'est montrée en même temps que l'estomac était irrité.

Obs. X^e — *Infusion de feuilles fraîches de digitale* ℥ij *en quatre jours.* — Un homme âgé de 66 ans, entré le 6 juin de l'année dernière à l'hôpital de la Pitié, nous présente tous les signes d'un *emphysème pulmonaire.* On

le saigne d'abord, puis on le tient à une médecine expectante jusqu'au 31 du même mois. L'auscultation, à cette époque, nous offre les mêmes résultats du côté de la poitrine; les voies digestives sont intactes; le pouls bat 72 fois par minute, il y a 32 respirations. M. Andral prescrit une infusion de 15 grains de feuilles fraîches de digitale le premier jour, 30 grains le second, et 60 grains le troisième. Tout ce que nous observons, c'est que pendant les dernières 24 heures le malade a eu des nausées continuelles et un vomissement de matière verdâtre; l'épigastre n'est pas douloureux, les selles sont ordinaires; la circulation n'a pas changé, mais on ne compte plus que 24 inspirations par minute. (40 grains de feuilles fraîches de digitale en infusion dans quatre verres d'eau bouillante.)

Le malade a vomi toutes ses boissons, et de plus, de la bile verte en assez grande abondance. La langue est restée naturelle, la soif nulle, l'épigastre indolent; l'artère radiale bat 76 fois par minute; la toux est aussi forte que les premiers jours. Cet état persiste pendant 24 heures encore.

Dans cette observation, c'est toujours l'estomac qui est le seul organe affecté. L'intestin n'est pas influencé par notre médicament : ce sont les deux derniers jours du traitement que les nausées et les vomissemens apparaissent, la langue conserve sa couleur et son humidité normales. On ne voit pas la circulation se ralentir, elle n'augmente pas non plus de fréquence; elle reste tout-à fait étrangère à l'irritation de l'estomac. La sécrétion urinaire n'est pas modifiée comme dans l'observation précédente.

Obs. XIe — *Fièvre tierce. Emphysème pulmonaire, hydrothorax. — Infusion de* ℥vj *de feuilles fraîches de digitale administrée en lavement pendant quatre jours.* — Un domestique, porteur de pain chez un boulanger de Paris, entre à la Pitié le 30 juillet 1833. Depuis quinze jours il est en proie à une fièvre tierce qui vient chaque fois à onze heures du matin; depuis trois jours, il sent qu'il respire

avec peine, il tousse un peu depuis huit jours environ. La langue est blanche, la bouche mauvaise; il existe à l'épigastre une douleur qui augmente, par la pression; le reste du ventre est indolent; constipation depuis quelques jours. 76 pulsations, 24 respirations. Son mat à la région précordiale; les battemens du cœur n'ont rien d'insolite. En avant et sous la clavicule gauche, le son est plus clair que sous la clavicule droite; dans cette première région, le bruit respiratoire ne s'entend pas du tout, la respiration s'entend bien à droite. En arrière et à gauche, le son est également mat, et là aussi, absence complète de respiration; égophonie très-marquée depuis le milieu de la fosse sous-épineuse gauche jusqu'en bas de la poitrine. A droite et en arrière, respiration pure. L'on ne remarque aucune déformation dans la structure du thorax. Le lendemain de l'entrée du malade on pratique une saignée du bras. Deux jours s'écoulent; la fièvre prend le type quotidien; on administre 12 grains de sulfate de quinine en 4 pilules, et on continue pendant quatre jours: la fièvre a disparu le troisième jour, et le 7 août, on commence l'infusion de digitale à la dose de ʒi pour un quart de lavement.

L'auscultation nous fait entendre une voix chevrotante en arrière et à gauche; en avant, du même côté, le son est clair, le bruit respiratoire ne s'entend pas du tout, ni en avant ni en arrière, là où le son est mat. A droite, des deux côtés, la respiration est pure, pas de dyspnée, pas de toux. La langue est naturelle, la douleur épigastrique n'existe plus, l'appétit est revenu; une selle dans les 24 heures; 80 pulsations et 20 respirations. Le lendemain, le malade nous dit avoir gardé son lavement pendant une heure, et n'a éprouvé ni coliques, ni nausées, ni étourdissemens; la circulation n'a pas varié, le nombre des inspirations est le même. (un second lavement semblable au premier.)

Le lavement a été gardé toute la journée et toute la nuit; aucune fonction n'est modifiée. (ʒij de feuilles fraîches de digitale en infusion pour un quart de lavement). Pas de

changement le jour suivant; on ordonne le lavement de la veille.

Les voies digestives restent intactes, le cerveau n'est nullement influencé; le pouls bat 84 fois par minute, et il y a 28 respirations. On suspend la digitale; un jour se passe, et le surlendemain les effets du médicament ont lieu: le malade éprouve une grande céphalalgie, la face est rouge, la vue troublée, la parole embarrassée. Qui ne reconnait à ces symptômes tous les signes d'une congestion cérébrale? On se hâte de pratiquer une saignée qui n'amène pas de modification dans l'état de notre malade. On prescrit ensuite 12 grains de calomélas : le malade eut cinq selles liquides dans le courant de la journée, et les symptômes cérébraux s'amendèrent beaucoup.

Voilà une observation bien curieuse sous plusieurs points de vue : pendant tout le temps qu'a duré le traitement par la digitale, le malade n'éprouve rien ni du côté du cerveau ni du côté des voies digestives, respiratoires et sécrétoires; le pouls ne varie pas dans le nombre de ses battemens. Cependant la dose de digitale était très-forte, et tous les lavemens ont été gardés pendant assez de temps pour qu'il ait été permis de penser que l'absorption avait eu lieu; probablement elle n'était pas complète, puisque c'est 48 heures après le dernier lavement que des symptômes cérébraux des plus graves apparaissent tout-à-coup, sans que nul autre organe participe à l'influence du médicament.

Ce fait nous démontre que dans certains cas, les effets de la digitale pourprée, quoique tardifs, n'en sont pas moins à redouter, et qu'il faut, dans l'administration d'un semblable médicament, commencer à petite dose, observer toujours et savoir attendre la susceptibilité de l'individu qui est soumis à son usage.

Addition à la série V.°—Je ne puis passer sous silence les deux faits suivans qui ont été recueillis en 1832, dans le service de M. Gendrin à l'Hôtel-Dieu; je me borne au rôle

d'historien, laissant au lecteur le soin de tirer lui-même les conclusions de chacun d'eux.

Obs. Ire — Un homme d'environ 45 à 50 ans, fort et robuste, entre à l'Hôtel-Dieu, présentant tous les symptômes d'une hypertrophie du cœur avec dilatation; son pouls était accéléré. M. Gendrin prescrivit une première fois une potion faite avec une infusion d'un demi-gros de feuilles sèches de digitale pourprée. Le lendemain le malade accuse un mieux sensible, il n'avait eu pendant la nuit que quelques nausées sans vomissemens, le pouls avait perdu beaucoup de sa fréquence. Emerveillé d'un premier succès, M. Gendrin prétendant que la tolérance allait s'établir, fit la prescription suivante : feuilles sèches de digitale pourprée, un gros en infusion dans un potion de 8 onces.

Le jour suivant le malade en fut encore quitte pour quelques nausées; son pouls était lent. (Demi-gros de feuilles sèches de digitale pourprée en infusion dans la même quantité d'eau).

Le malade, autant que je puis me le rappeller, n'avala que la moitié de sa potion, et se disant guéri, il ne voulut pas prendre le reste.

Trois à quatre jours se passent : notre homme était assez bien, en effet, pour pouvoir se promener dans la salle et jouer aux cartes avec les autres convalescens. Au bout de cet intervalle de temps, le malade, sortant des lieux d'aisance, tomba comme une masse sur le carreau, les infirmiers accoururent, il était déjà mort.

Obs. IIe et IIIe. — Chez deux malades, couchés salle St.-Landry, l'un au n°. 34, et l'autre au n°. 35, le premier phthisique et le second offrant une hypertrophie excentrique du cœur, M. Gendrin débuta par une infusion de *quatre gros* de feuilles sèches de digitale pourprée à chacun d'eux).

Le premier eut 12 vomissemens dans les 24 heures. Le second 7 à 8 seulement. Malgré cela le médecin de

l'Hôtel-Dieu, attendant toujours la tolérance, prescrivit le lendemain, une infusion de cinq gros de feuilles de digitale à chaque malade.

Le phthisique offrit sa pancarte, préférant, disait-il, s'en aller plutôt que de vomir encore. Le second, plus courageux, se résigna, et but en entier la potion prescrite.

Quoique la dose de digitale ait été augmentée, le malade vomit beaucoup moins cette fois que le premier jour; le pouls, qui avant l'administration de la digitale était à 120 puls., ne battait plus que 45 fois par minute. Le malade se réjouissait de sa position qu'il disait parfaite. On cesse la potion, deux jours se passent, lorsque le lendemain en reconduisant ses parens qui étaient venus le voir, le malade tomba sur le bord de l'escalier, comme s'il eut été frappé de la foudre, et on le rapporta mort dans son lit.

A l'autopsie on ne trouva rien qui put expliquer une mort aussi prompte. Le cœur était hypertrophié au plus haut degré; mais il n'y avait ni déchirure ni aucune autre lésion de cet organe. Le ventricule droit contenait un gros caillot de sang noir qui remplissait sa cavité. On a trouvé aussi des caillots semblables dans les gros troncs veineux. L'estomac présentait des vaisseaux simplement injectés, mais qui n'avaient pas cette teinte rouge que l'on remarque dans les gastrites aiguës. Rien au cerveau qu'une légère injection des méninges.

Chez plusieurs autres malades présentant des affections du cœur, et qui se trouvaient en grand nombre dans les salles de M. Gendrin, qui étant alors de service au bureau central envoyait chez lui ces sortes de malades, nous n'avons jamais vu la tolérance s'établir, mais nous avons vu plusieurs d'entre eux en franche convalescence à la suite de l'administration progressive de la digitale jusqu'à la dose de deux gros seulement.

Pour compléter cette dernière série de nos observations, nous indiquerons un dernier mode d'administration de la

digitale que nous empruntons à un article de M. Trousseau, cité dans le numéro de février 1834 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*

Voulant essayer jusqu'à quel point l'infusion de feuilles sèches de digitale, employée à l'extérieur, augmenterait la sécrétion urinaire, l'auteur de l'article en question prescrivit une infusion de deux à quatre onces de feuilles sèches de digitale pour deux livres d'eau, et trempant une flanelle dans l'infusion, il l'appliqua sur le ventre du malade, ayant le soin de le recouvrir de taffetas ciré pour prevenir l'évaporation. Il eut, dit-il, la satisfaction de voir qu'elle produisait la diurèse aussi sûrement que le mélange de teinture éthérée de digitale et de teinture de scille à poids égal, qu'il employait auparavant, et qui donnait lieu à une irritation de la peau, produisait de petites vésicules qui, venant à se crever, laissaient le derme dénudé en contact avec l'alcool, qui, absorbé à son tour, a determiné chez deux malades des symptômes d'enivrement.

M. Trousseau ajoute avoir usé de ce moyen dans plusieurs cas de maladies parmi lesquelles il y avait une ascite, une maladie de foie, trois maladies du cœur, une anasarque scarlatineuse, etc.

Enfin, chez dix malades sur onze, cette médication, (la décoction de digitale pourprée en application sur le ventre), a toujours, dit M. Trousseau, produit la diurèse.

D'après tous les faits précités, d'après toutes les formes sous lesquelles nous avons employé la digitale, nous concluons :

1.° *Par rapport aux choix à faire de telle préparation sur telle autre :*

1.° Que la poudre de digitale pouvant être administrée jusqu'à la dose de 12 à 18 grains, en commençant par

un grain et s'élevant progressivement chaque jour, sans produire dans le plus grand nombre des cas, un trouble bien marqué des fonctions digestives, peut être maniée avec facilité et sans crainte.

2.° Que l'extrait aqueux de digitale peut être porté à plus haute dose que la poudre, sans qu'il en résulte d'irritation du tube digestif.

3.° Qu'il amène toujours après lui des résultats aussi favorables et dans un aussi court espace de temps que la poudre de digitale, et que par conséquent l'extrait aqueux doit lui être préféré.

4.° Que l'extrait alcoolique de digitale est un médicament sur les effets duquel on ne peut compter et qui doit rarement être mis en usage.

5.° Que l'extrait éthéré est la préparation la plus infidèle, et qu'elle doit être rayée du répertoire thérapeutique :

6.° Que la teinture éthérée de digitale n'agit le plus souvent que par son véhicule et non par son excipient.

7.° Que la digitale employée en infusion est la préparation la plus active, celle qui contient probablement le plus de *digitaline* (1); qu'elle doit être administrée avec circonspection en commençant par 12 ou 15 grains et allant *progrediendo* d'après la susceptibilité gastrique du malade chez lequel elle a été mise en usage.

8.° Que la plante sèche doit être préférée aux feuilles fraîches.

2.° *Par rapport à ses effets physiologiques.*

1.° Que dans la grande majorité des cas, la digitale employée en poudre, en extrait aqueux et surtout en infusion, exerce une action irritante sur les organes digestifs; que

(1) Les chimistes ne nous ont pas encore donné une analyse exacte de la digitale.

C'est toujours par des coliques, de la diarrhée, des nausées et des vomissemens que se dénote l'irritation gastro-intestinale; que cette irritation est d'autant plus dangereuse qu'elle se montre à des intervalles différens et après des doses plus ou moins élevées. C'est ainsi que nous avons vu une diarrhée abondante survenir chez une femme, à la dose de trois grains de poudre de digitale (obs. n° 5, 1re série), tandis que les sujets des observations n° 1 et 8 de la même série ont pu en prendre impunément jusqu'à 36 et 65 grains. Enfin, tandis qu'à la dose de 25 grains nous voyons dans l'observation n° 3 de la 5e série des coliques et des nausées apparaître, nous trouvons aussi dans cette même série les observations n° 1, 4, 5 et 8 qui nous prouvent qu'à des doses infiniment plus fortes le tube digestif est resté intact.

2.° Que la propriété qu'a la digitale de ralentir le pouls ne peut pas être contestée; qu'elle est mise hors de doute par les observations n° 3 de la 1re série; n° 1, 2, 4 de la 2e; n° 1, 2, 5 de la 5e série.

3.° Que l'irritation gastro-intestinale n'empêche pas le ralentissement des battemens artériels. Les observations n° 3 de la 1re série; n° 2 de la 2e et n° 5 de la 5e, viennent à l'appui de notre proposition.

4.° Que si nous avons observé une accélération dans le nombre des pulsations de l'artère radiale, c'est seulement chez deux phthisiques que s'est montré ce phénomène; ne peut-il pas être attribué à leur condition pathologique?

5.° Que la respiration peut être heureusement influencée par l'emploi de la digitale; que le plus souvent la dyspnée disparaît en même temps que le pouls diminue de fréquence.

6.° Que rarement on observe un trouble bien marqué du système nerveux à la suite de l'administration de la digitale. En cela nous sommes en désaccord avec le docteur Sandras, qui dit que la digitale en poudre trouble violemment les fonctions cérébrales, et que la nature de cette action se

rapproche un peu de celle de la morphine. Cependant les doses auxquelles nous nous sommes élevés surpassaient de beaucoup celles auxquelles M. Sandras a vu employer la digitale.

7.° Que la vertu hydragogue que bien des auteurs ont attribuée à la digitale, se trouve confirmée par nos observations n° 7, 1re série; n° 6, 2e série; n° 1, 3e série; n° 7, 5e série, n° 2, addition à la 5e série; et que de plus, les faits avancés par M. Trousseau, nous portent à conclure avec lui : Que la décoction de digitale pourprée, à la dose de deux à quatre onces, en application sur le ventre, est un diurétique puissant, bien préférable à l'administration intérieure des autres diurétiques, parce qu'elle peut être employée dans tous les cas d'irritation gastro-intestinale.

3.° *Par rapport à ses effets thérapeutiques.*

1° Que les palpitations de cœur, qui sont le plus souvent le prélude d'une affection plus grave, cédent ordinairement à l'usage de la digitale.

2.° Que l'asthme peut être soulagé par l'emploi de la digitale.

3.° Que l'œdème des extrémités inférieures, l'hydropisie ascite, l'anasarque, peuvent disparaître par un traitement bien entendu de la digitale.

4.° Que les succès attribués à la digitale dans l'épilepsie, la manie, l'hémoptysie, la phthisie avancée, les scrofules et beaucoup d'autres maladies, ne sont rien moins que certains.

Nous regrettons vivement, dans un travail tout d'observations, comme celui que nous venons de terminer, que le nouveau mémoire (1) de M. Sandras ne nous ait été d'aucune utilité. Sur cinquante-sept observations dans lesquelles l'auteur a vu employer la digitale en poudre, sous forme

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, t. V (6.e et 11.e livraisons). 1833.

pilulaire, il se contente d'en citer deux avec détails, et sans nous dire si tel individu présentant telle condition a éprouvé, à la suite de telle quantité de digitale, tel phénomène ou tel autre. M. Sandras dit qu'il a observé tant de fois le ralentissement du pouls, tant d'autres fois une irritation des voies digestives avec ou sans affection des centres nerveux, etc.; de manière que ne connaissant ni les prédispositions individuelles, ni l'état pathologique de chacun de ses malades, nous restons dans le vague, ne sachant s'il faut attribuer véritablement l'effet produit chez chacun d'eux au médicament administré, on bien s'il y a eu simple coïncidence entre les phénomènes nouveaux et l'administration de la poudre de digitale. Nous sommes donc obligés de nous en rapporter à la bonne foi de l'auteur, que pour ma part je suis loin de contester; mais en médecine sur-tout il faut que tous les faits passent sous les yeux du lecteur pour qu'il soit à même de les examiner et de voir si les conclusions en sont vraies (1).

Revue de la clinique médicale de M. le professeur Rostan, *pendant les mois de novembre, décembre et janvier; par* A. Duplay, *chef de clinique.* (I.er article.)

Ire Obs. — *Ictère chez une femme de 63 ans. Au bout de trois semaines, vomissement noirâtre; adynamie avec symptômes cérébraux, mort. — Tuméfaction et induration du pancréas; inflammation du duodénum avec épaississement de ses parois; tuméfaction du conduit cholédoque à sa réunion avec le conduit pancréatique, et du tubercule sur lequel ils s'ouvrent en commun; compression et rétré-*

(1) Dans la première partie de ce Mémoire insérée au numéro de janvier, il s'est glissé une erreur dont il est important de prévenir: page 33, ligne 8, *lisez* 88 pulsations *au lieu de* 28 puls.

cissement du conduit cystique; adhérences de ses parois. — Agathe Fontaine, âgée de 63 ans, journalière, demeurant rue Galande, n° 14, entre à l'hôpital de la Pitié, le 11 novembre 1833, et elle est placée au n° 5 de la salle Notre-Dame. Cette femme, qui n'avait jamais été malade, éprouve une vive émotion trois semaines avant d'entrer à l'hôpital. Les jours suivans elle a du malaise, de la fièvre chaque soir, et sa peau prend une teinte ictérique. Un médecin fait appliquer douze sangsues aux cuisses et donne des boissons amères; mais bientôt surviennent des nausées, des vomissemens que la malade ne manque pas d'attribuer aux remèdes; la teinte ictérique devient de plus en plus foncée, le malaise augmente, et Fontaine, lors de son entrée à l'hôpital, présente le 12 novembre, l'état suivant :

Teinte ictérique générale et très-prononcée, coloration rouge des pommettes, maigreur peu considérable; bouche pâteuse, amère; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre, comme fendillée; soif vive, nausées; l'épigastre est peu sensible à la pression, on n'y découvre aucune tumeur, non plus que dans la région du foie qui n'a jamais été douloureuse : pendant la nuit il y a eu trois selles en diarrhée. L'abdomen percuté donne un son clair excepté vers la partie la plus déclive des flancs où il existe peut-être un peu d'épanchement. La poitrine est saine, l'auscultation et la percussion ne donnent aucun signe, le cœur bat normalement, le pouls marque 100 pulsations par minute; rien du côté de l'encéphale. (12 sangsues sur le flanc droit, gomme édulcorée, cataplasme émollient, lavement mucilagineux et gommeux, diète).

13 : La teinte ictérique est la même, la langue est toujours sèche, fendillée et rouge à sa pointe; soif vive, nausées, vomissemens dont on ne peut juger la nature, parce que les matières vomies n'ont pas été conservées; diarrhée; du reste, aucune douleur à la pression dans la région hypochondriaque droite. Le pouls marque 100 pulsations comme

la veille. (Gomme édulcorée, cataplasme émollient, lavement mucilagineux et gommeux).

14 : L'état général est le même; les matières vomies ont été conservées, elles sont noirâtres, semblables à de la suie délayée dans de l'eau. Les matières fécales sont d'un gris sale mêlé de stries noirâtres et répandent une odeur fétide; l'urine, d'un jaune foncé, dépose un sédiment abondant (même prescription).

Le 14, l'état est le même.

Le 15, l'état s'est aggravé, la teinte ictérique est peut-être un peu moins marquée, mais la face est plus altérée; prostration, langue toujours noirâtre, sèche et fendillée; vomissemens abondans et toujours de même nature; même insensibilité du ventre, ballonnement; de nouvelles recherches ne font découvrir aucune tumeur. Le pouls marque 110 pulsations, il est filiforme. (Même prescription).

16 : Grand abattement, teinte ictérique un peu moins prononcée, perte de connaissance, agitation et cris passagers; grincemens de dents, pas de réponse aux questions qu'on adresse à la malade; langue noire et sèche, pas de vomissemens, selles involontaires et fétides.

Le 17 et le 18, l'état est le même : la malade est dans la prostration la plus complète, les sens sont abolis, elle s'agite de temps à autre et pousse des cris aigus, puis elle retombe dans son état d'abattement. Le 19, elle semble avoir repris un peu connaissance et paraît un peu moins étrangère à ce qui se passe autour d'elle. Le 20, elle retombe dans le même état que les jours précédens. La teinte ictérique est toujours prononcée; les yeux sont dans la rotation en haut, la langue est sèche et noirâtre, la bouche béante; la malade tourne sa tête alternativement à droite et à gauche, elle pousse de temps en temps un cri aigu. L'abdomen est ballonné; selles involontaires, fétides et noirâtres. Cet état s'aggrave de plus en plus, et la malade meurt le lendemain à quatre heures du matin.

Autopsie, vingt-neuf heures après la mort. — Il existe une teinte ictérique très-prononcée et répandue également sur tout le corps.

Tête. — La dure-mère est fortement teinte en jaune, surtout sur sa face lisse. L'arachnoïde et la pie-mère présentent la même coloration; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité. La substance grise du cerveau est plus pâle que dans l'état normal, sa consistance est naturelle; la substance blanche est consistante et légèrement sablée de rouge; les ventricules latéraux contiennent environ deux gros de sérosité d'un jaune très-foncé. Les plexus choroïdes présentent la même teinte, ainsi que les couches optiques et les corps striés. Les autres parties du cerveau et le cervelet n'offrent rien de particulier.

Thorax. — Les poumons et le cœur sont exempts de toute altération.

Abdomen. — La cavité péritonéale renferme à peu près une demi-livre de sérosité jaunâtre. L'estomac est très-petit, comme raccorni. Dans plusieurs points, la membrane muqueuse est injectée, elle forme des plis volumineux, mais elle ne présente ni ramollissement ni ulcérations. La cavité du viscère contient une assez grande quantité d'un liquide onctueux de couleur chocolat foncé. La face interne du duodénum est également injectée et remplie d'une matière analogue à celle que renferme l'estomac; du reste, la muqueuse n'est ni ramollie ni ulcérée. Les parois du duodénum vers la concavité qui embrasse le pancréas, sont hypertrophiées, et intimement unies à ce dernier, qui a subi dans son volume, sa consistance et sa texture des changemens qui seront décrits plus bas. L'intestin grêle est rempli d'une matière couleur lie de vin; sa face interne est légèrement injectée vers la portion qui avoisine le cœcum. Le gros intestin présente aussi çà et là une injection arborisée, disposée par plaques. Du reste, les parois de l'intestin conservent leur épaisseur normale.

Le pancréas est volumineux; vers son extrémité gauche, il conserve sa teinte naturelle; vers la droite, il est rouge et fortement tuméfié. Il forme là une tumeur volumineuse comme un œuf de pigeon, qui entoure presque complètement le duodénum et qui embrasse le canal cholédoque dans une assez grande étendue. Sa consistance est manifestement augmentée, non-seulement dans ce point, mais encore dans tout le reste de son étendue : lorsqu'on incise son tissu, il résiste et crie sous le scalpel. Les granulations glandulaires et les lobules ont subi une hypertrophie très-marquée.

Le foie est petit, comme ratatiné; le lobe gauche n'est pas en rapport avec le lobe droit; il est beaucoup plus petit que dans l'état normal. Sur sa face supérieure on aperçoit plusieurs plaques blanchâtres, comme nacrées, formées par un épaississement de la membrane péritonéale et de la membrane fibreuse. On ne peut plus distinguer sur la coupe du foie la substance rouge d'avec la substance jaune: son tissu est d'un jaune uniforme très-foncé; il est mou, s'écrase facilement entre les doigts, et laisse suinter une grande quantité de bile lorsqu'on le râcle avec le scalpel. La vésicule est fortement distendue. On cherche vainement, en la pressant, à faire passer la bile qu'elle contient dans le conduit cystique. Le col de la vésicule est comme étranglé à l'extérieur par des brides fibro-celluleuses qui se portent de la face inférieure du foie vers le duodénum. La face interne ne présente rien de remarquable; mais un stylet introduit dans le col de la vésicule ne peut le traverser que très-difficilement pour arriver dans le conduit cystique. Ce dernier paraît aussi rétréci; ses parois semblent agglutinées par des fausses membranes très-minces que le stylet déchire peu-à-peu. Le canal hépatique est libre. On peut, en pressant sur lui, faire circuler la bile dans son intérieur. Le canal cholédoque, volumineux comme une plume à écrire, est parfaitement libre dans les deux tiers de son étendue. Dans le reste de son trajet il est environné

par l'extrémité indurée du pancréas. Ses parois sont hypertrophiées vers ce point, ainsi que dans toute l'étendue qu'il parcourt au-dessous de la muqueuse et dans l'épaisseur des parois du duodénum. On peut en effet le suivre dans cette dernière portion, où il forme un cordon saillant, de la grosseur d'une plume à écrire. L'orifice commun par lequel s'ouvrent dans l'intestin les conduits pancréatique et cholédoque, est aussi beaucoup plus apparent que dans l'état normal; il forme une saillie considérable, du volume d'un pois ordinaire. En pressant sur la partie supérieure du conduit cholédoque, on ne peut d'abord faire passer la bile dans le duodénum; mais à peine le cordon est-il isolé de cette portion indurée du pancréas qui l'enveloppe, qu'il donne passage à une très-petite quantité de bile. La surface intérieure du canal présente une sorte de boursoufflement de la membrane muqueuse. Le conduit pancréatique paraît aussi plus volumineux que dans l'état normal, ce qui dépend d'une hypertrophie évidente de ses parois.

La rate égale à peu près le volume d'un gros œuf de poule; son tissu très-mou, laissant suinter un sang d'un noir foncé, ne saurait être mieux comparé qu'à du raisiné pour sa consistance et pour sa couleur. L'appareil sécréteur et excréteur de l'urine est parfaitement sain.

Cette observation présente plusieurs points intéressans, et sous le rapport des symptômes et sous celui des lésions trouvées après la mort.

Lorsque l'ictère se manifeste chez une personne avancée en âge et lorsqu'il persiste, il est presque toujours le symptôme d'une maladie organique du foie. Lorsqu'à ce symptôme se joignent des vomissemens noirâtres semblables à du marc de café ou à de la suie délayée, on peut en quelque sorte affirmer qu'il existe une dégénérescence organique du foie et des parois de l'estomac. Or, cette femme présentait toutes ces circonstances. Il est vrai qu'elle se disait malade depuis trois semaines seulement. Mais ne

pouvait-elle pas avoir éprouvé déjà depuis long-temps des symptômes assez légers pour n'avoir pas été remarqués par elle ; et ne voit-on pas souvent chez les vieillards des affections organiques du foie marcher pendant long-temps d'une manière latente, puis se révéler par des symptômes caractéristiques d'une manière si brusque, que la maladie semble dater seulement de cette époque? D'un autre côté, l'ictère, d'après le rapport de cette femme, paraissait avoir succédé à une émotion vive. Cependant, ce symptôme n'était pas survenu presque instantanément, mais bien plusieurs jours après la cause morale; et dès-lors on pouvait douter de son influence sur la production de l'ictère. Une circonstance semblerait au premier abord avoir dû éclairer sur l'absence d'une maladie organique du foie et de l'estomac, c'est l'absence d'une tumeur dans les régions épigastrique et hypochondriaque. Mais cette tumeur peut très-bien ne pas exister, surtout dans le cas que cette femme semblait présenter, c'est-à-dire, celui d'une double dégénérescence organique de la face inférieure du foie et de la face correspondante de l'estomac. Toutes les probabilités se réunissaient donc pour cette dernière affection.

A l'autopsie l'on rencontra des altérations qui expliquèrent l'ictère d'une manière satisfaisante. Mais quant au vomissement noir qui pouvait être considéré comme le symptôme le plus caractéristique d'une affection organique de l'estomac et du foie, aucune lésion ne l'explique. Dans aucun point l'estomac et le duodénum ne sont ulcérés; seulement la membrane muqueuse est un peu injectée.

Il n'y avait donc chez cette malade que simple exhalation sanguine à la surface de l'intestin, circonstance qui, jointe à l'âge de la malade et à la présence de l'ictère, est venue jeter la plus grande obscurité sur une maladie déjà si complexe. Trois organes concouraient en effet par leurs lésions à produire les symptômes observés chez cette femme. Le pancréas, le duodénum, le conduit excréteur de la bile,

étaient tous trois frappés d'une inflammation qui avait laissé des traces incontestables. Quant à l'origine de la maladie, à son mode de propagation, le duodénum semblerait avoir été le siége primitif du mal : plusieurs jours de malaise et d'anorexie avaient précédé l'ictère et partant les altérations du pancréas et du canal cholédoque qui le produisaient.

Obs. II[e] — *Phthisie tuberculeuse chez une femme qui n'a jamais été réglée; stérilité; mort par les progrès de l'affection tuberculeuse. — Utérus sans cavité, d'une forme particulière et avec oblitération des trompes; apoplexie ovarique; traces d'anciennes apoplexies analogues dans les deux ovaires.*—Marie Charlotte Légié, âgée de 43 ans, culottière, entre à la Pitié le 12 novembre 1833, et est placée au n° 4 de la salle Notre-Dame. Elle était malade depuis quatre mois; elle toussait beaucoup, éprouvait des douleurs dans la poitrine. Plusieurs fois elle avait craché du sang, mais en petite quantité. La malade avait considérablement maigri depuis le commencement de son affection, et chaque soir elle avait un petit mouvement fébrile. Du reste cette femme n'avait jamais été réglée; et jamais elle n'avait eu d'enfans.

Comme tout l'intérêt de cette observation repose sur l'altération de l'utérus, nous passerons rapidement sur la maladie à laquelle cette femme a succombé, sa marche ayant présenté ce que l'on observe ordinairement.

Le 13 novembre on trouva la malade dans l'état suivant : la face est rouge sur les pommettes, surtout du côté droit; la respiration est pénible, difficile; toux fréquente; expectoration muqueuse abondante, dans laquelle on remarque quelques petits points et quelques stries d'un blanc mat. La percussion donne en avant un son clair au-dessous de chaque clavicule, peut-être un peu moins au-dessous de la droite où il existe un peu de râle muqueux; en arrière son obscur dans la fosse sus-épineuse gauche, souffle amphorique en arrière et à droite, pectoriloquie et gargouillement

très-prononcés. Rien du côté du cœur; rien du côté de l'encéphale. Les organes digestifs sont sains. Il existe des sueurs assez abondantes sur la poitrine et à l'épigastre. (Gomme, sirop de gomme, 3 pots; looch blanc; 8 onces de lait.)

La malade, d'après cet examen, fut jugée affectée de tubercules pulmonaires; la maladie continua de marcher; peu de temps après la respiration s'embarrassa; il survint une oppression très-grande, ensuite de l'orthopnée. L'amaigrissement fit des progrès rapides, la face devint bouffie; la diarrhée colliquative prit une intensité extrême, et la malade succomba à la fièvre hectique et à des symptômes de pneumonie intercurrente, le 29 novembre, dix-sept jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie 24 heures après la mort. — La dure-mère est saine. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est fortement infiltré. Les deux substances du cerveau sont saines. Un peu de sérosité dans chaque cavité des plèvres. Adhérences anciennes au sommet de chaque poumon. Cavernes très-vastes à chaque sommet des lobes supérieurs; anfractuosités nombreuses faisant communiquer plusieurs autres cavernes les unes avec les autres. Dans le reste des poumons, tubercules miliaires épars; infiltration tuberculeuse. Cœur à l'état normal. Estomac sain, ainsi que le duodénum. Vers la fin de l'intestin grêle, plusieurs ulcérations isolées, régulièrement arrondies, n'intéressant pour la plupart que la membrane muqueuse. Phlogose et ulcérations dans les gros intestins.

Le rein du côté droit présente sur sa face antérieure une dépression irrégulière. La substance corticale vers ce point est comme ratatinée; des lignes rayonnées et comme fibreuses viennent se rendre sur une ligne transversale et déprimée (1). En arrière du même rein il existe un petit

(1) M. Cruveilhier, à qui la pièce a été montrée, ne pense pas

kyste rempli d'un liquide séreux, jaunâtre, et du volume d'une petite noisette. Les autres parties du rein sont saines. Du côté opposé le rein est tout-à-fait à l'état normal.

L'utérus présente les particularités suivantes : sa forme est celle que l'on observe chez un fœtus à terme. Le corps est excessivement petit ; il a un demi-pouce de haut sur dix lignes de large : mais le col est excessivement long : il a bien 18 lignes dans le sens vertical. Il est volumineux et semble constituer à lui seul tout l'organe. Le corps de la matrice ne présente pas de cavité : incisé verticalement il offre une masse charnue dans laquelle on reconnait le tissu de l'utérus, mais sans aucune trace de cavité. Le col divisé par la même incision présente une cavité oblongue d'un pouce et demi de longueur, étroite, d'une teinte jaunâtre, analogue à celle que présentent les anciens foyers apoplectiques. Les deux parois de cette cavité sont unies par des filamens ténus qui passent de l'une à l'autre, et qui se déchirent avec la plus grande facilité. Cette cavité, terminée en haut par un cul-de-sac, s'ouvre inférieurement dans le vagin par un petit orifice capable de recevoir l'extrémité d'une sonde cannelée de moyenne grosseur.

L'ovaire gauche, d'un volume ordinaire, présente plusieurs cicatrices à sa surface : au milieu de son tissu existe une cavité arrondie, de six lignes de diamètre, et remplie par un caillot sanguin qui nage au milieu d'une petite quantité de sang fluide. Cette cavité est revêtue d'une membrane lisse, comme séreuse. Dans plusieurs autres points du même ovaire, il existe des points noirs arrondis dans les-

---

que ce soit une cicatrice. M. Rostan pense, au contraire, que ce rein a été malade, qu'il a été altéré dans son tissu, et que la cicatrisation s'est opérée, ce qui est, ce me semble, d'un haut intérêt sous le rapport pronostique, et ce qui devient encore plus probable par la présence du kyste trouvé dans la substance corticale du même rein.

quels le tissu est légèrement induré; plusieurs correspondent aux cicatrices que l'on observe sur l'ovaire. L'ovaire droit est remarquable par le nombre considérable de ces points noirs, et par celui des cicatrices dont il est sillonné à sa surface; les trompes sont peu volumineuses, oblitérées dans toute leur étendue, et forment de petits cordons comme fibreux.

L'altération de l'utérus explique d'une manière satisfaisante, dans ce cas, la stérilité de cette femme. Chez elle il n'existait pas de cavité utérine, et les trompes étaient oblitérées; il est évident que la conception ne pouvait avoir lieu. La forme particulière de l'utérus était aussi fort remarquable, car c'était celle de la matrice chez le fœtus à terme. Alors en effet le corps de la matrice est excessivement petit par rapport au col qui en constitue presque la totalité; ce n'est que par la suite que le corps se développant de plus en plus, les rapports du col et du corps changeant graduellement. Quelle a été la cause de cet arrêt de développement de l'utérus? Serait-ce une inflammation survenue vers les derniers temps de la vie fœtale, et qui aurait produit l'adhérence des parois de la matrice?

Quant à ce petit foyer apoplectique contenu dans l'ovaire, et qui paraissait dater de peu de temps, il nous paraît digne de fixer l'attention. Les deux ovaires présentaient de nombreuses cicatrices; dans plusieurs points de leur étendue il existait des points noirâtres qui semblaient attester la résorption d'autres épanchemens sanguins analogues qui avaient eu lieu à des époques plus ou moins éloignées. Ne pourrait-il pas se faire que ces petites hémorrhagies fussent supplémentaires des règles, ou du moins qu'elles eussent lieu sous l'influence de cet afflux sanguin qui se fait chaque mois vers les organes génitaux de la femme?

Obs. IIIe — *Varioloïde fort bénigne et suivant une marche très-régulière. Apparition d'un choléra des plus in-*

tenses le 5ᵉ jour de l'éruption. Changement subit dans les pustules. Dessication presque instantanée. Symptômes typhoïdes. Mort. Rien de remarquable dans les centres nerveux. Glandes de Brunner, plaques de Peyer saillantes. — Bonnetre, marechal ferrant, âgé de 21 ans, d'une bonne santé, grand et vigoureux, bien musclé, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 novembre 1833. Il avait été en 1831 attaqué de la cholérine, et forcé de cesser son travail; mais depuis sa santé s'était complettement rétablie. Le malade, arrivé à Paris depuis le 1ᵉʳ novembre, avait eu, huit jours avant d'entrer à l'hôpital, une diarrhée très-forte qui s'était arrêtée spontanément. Depuis trois jours, il avait des douleurs très-vives dans les membres, et une céphalalgie très-intense; il avait perdu l'appétit, et il éprouvait une lassitude extrême qui le força d'interrompre ses travaux. Lorsqu'il se rendit à l'hôpital, il présentait alors l'état suivant.

20 novembre : coloration vive des pommettes, malaise général, agitation; langue blanche à son centre, rouge et villeuse à la pointe et sur les bords; bouche amère, soif, nausées, vomissemens le matin après l'ingestion d'une certaine quantité de bière; épigastre insensible à la pression; abdomen indolent; selles naturelles; un peu de toux, un peu de râle sibilant dans le côté droit de la poitrine, pas d'expectoration; pouls marquant 100 pulsations; chaleur à la peau; céphalalgie violente; facultés intellectuelles intactes. On donne des boissons émollientes jusqu'au lendemain à la visite.

21; pendant la nuit une éruption s'est manifestée sur tout le corps, mais principalement sur la face et la poitrine, avec les caractères suivans : petites élevures, solides, comme papuleuses, luisantes et d'un rouge assez vif; elles font une légère saillie au-dessus de la peau. elles sont assez nombreuses sur le front, sur les joues; il en existe sur les paupières. Dans certains points elles sont rapprochées et comme

confluentes, dans d'autres elles laissent entre elles des intervalles assez éloignés. Du reste, le malade a été vacciné et porte les traces d'une vaccine régulière. Les accideus de la veille ont beaucoup diminué, la céphalalgie est moindre, le pouls est moins fort et moins fréquent, il ne marque que 90 pulsations. (Infusion de bourrache miellée; lavement émollient; diète).

22 : les élevures de la peau, dont les plus grosses ont le volume d'une forte tête d'épingle, sont encore solides et comme papuleuses pour la plupart; d'autres sont déjà vésiculeuses à leur sommet. Un cercle inflammatoire existe autour de leur base, et elles ont envahi toutes les parties du corps sur lesquelles on ne les avait pas encore observées. Langue humide, pas de soif, pas de nausées, pas de douleur épigastrique, pas de selles; la céphalalgie a disparu; le pouls marque 72 pulsations; (même prescription).

23; la face est légèrement tuméfiée; les paupières sont gonflées; les yeux larmoyans. La plupart des boutons de la face et des paupières sont vésiculeux; on les voit se réunir deux à deux, trois à trois, pour former de petites plaques; quelques-uns sont ombiliqués, mais le plus grand nombre ne l'est pas. Langue humide; la déglutition est pénible, le voile du palais présente quelques boutons; il n'y a pas de nausées, la soif est vive, l'épigastre indolent; pouls plein, marquant 90 pulsations; chaleur vive, sentiment de cuisson à la peau; (même prescription; gargarisme).

Le 24; le liquide que renferment les vésicules est opaque; il existe une auréole d'un blanc mat au sommet de chacun des boutons, qui présentent tous une dépression centrale. L'état général est excellent; (même prescription).

25; les boutons, tous remplis et distendus par le liquide opaque, sont environnés d'un cercle inflammatoire très-prononcé. Quelques-uns présentent déjà au centre une teinte légèrement jaunâtre; sur quelques uns apparaît un

commencement de croûte d'un jaune très-clair; (rien de nouveau dans le traitement),

26; un plus grand nombre de pustules présente le commencement de la dessiecation : il en existe encore un certain nombre sur lesquelles on n'observe pas encore de croûtes. L'état du malade était excellent, et tout présageait une terminaison heureuse, lorsqu'il est pris, sur les 11 heures du matin, de diarrhée, de crampes, de vomissemens, et de tous les symptômes du choléra le plus intense. Le soir la face est profondément altérée, les yeux sont caves, les pommettes violacées et froides ; la langue est au-dessous de sa température normale, le reste du corps est glacé; la respiration pénible; le pouls presque imperceptible. Le malade vomit, et rend par les selles des matières caractéristiques du choléra. L'on remarque du côté de l'éruption des changemens bien notables : toutes les pustules sont déjà affaissées, elles ne sont plus environnées de leur cercle inflammatoire; les croûtes ne font pas saillie au-dessus de la peau comme dans le commencement de la dessiecation; elles sont presque de niveau avec elle, comme si la dessiccation était déjà fort avancée. Ce changement rapide s'est opéré en quelques heures. On prescrit des lavemens d'amidon et de pavots; on donne une potion éthérée, et de l'eau vineuse pour boisson.

27 ; le facies est toujours altéré; les yeux caves, la voix est un peu revenue; les extrémités sont encore froides, mais la langue ne l'est pas autant que la veille. Les crampes et les vomissemens ont cessé, mais la diarrhée continue. Le pouls s'est un peu relevé; le malade a un peu uriné. Du reste l'état des pustules est le même, les croûtes se détachent dans certains points. (Même prescription).

28 et 29 ; il survient de la réaction; les selles et les vomissemens deviennent plus rares; le facies se colore; la peau reprend sa température normale, elle devient même plus chaude que dans l'état naturel; en même temps le

pouls reprend de la force, mais il survient un peu de stupeur dans le regard; la langue devient visqueuse; (même prescription).

Le lendemain, la stupeur avait augmenté, et des accidens typhoïdes s'étaient manifestés. Le jour suivant ils s'aggravent de plus en plus; enfin, le malade succombe malgré l'emploi des révulsifs et des chlorures administrés à l'intérieur et à l'extérieur.

Autopsie 40 heures après la mort. — A l'extérieur du corps on remarque un grand nombre de taches noirâtres ou violacées qui indiquent le siége des pustules qui ont existé pendant la vie : on en apperçoit à peine quelques-unes qui sont encore recouvertes d'une croûte.

Le crâne est ouvert, et l'encéphale ne présente rien de remarquable. Les poumons de chaque côté sont gorgés de sang : lorsqu'on les incise, il s'en échappe une assez grande quantité ; mais au lieu d'être infiltré, le sang s'échappe par gouttes de la cavité des vaisseaux. Le cœur est excessivement volumineux; le ventricule droit et le ventricule gauche sont très-dilatés; leurs parois ont leur épaisseur naturelle.

L'estomac renferme un demi-verre d'un liquide verdâtre. Sa membrane muqueuse est injectée dans certains points, mais partout sa consistance est normale. Le duodénum est sain. L'intestin grêle est très-fortement rouge vers son extrémité inférieure ; dans tout l'iléon on rencontre une grande quantité de glandes de Brunner plus saillantes que dans l'état normal ; plusieurs plaques de Peyer sont aussi légèrement tuméfiées. Quant au gros intestin, à part un peu d'injection irrégulière, on ne remarque rien de particulier. Le foie est volumineux, il est gorgé de sang. La vésicule biliaire est excessivement distendue par une bile peu épaisse. Le pancréas et la rate ne présentent rien de particulier. Les reins sont sains; on exprime des mamelons un

liquide grisâtre et onctueux assez abondant. La vessie, volumineuse, contient une assez grande quantité d'urine.

Ce fait est remarquable par l'influence rapide du choléra sur l'éruption. Les pustules n'étaient encore arrivées qu'à la période de suppuration, et il leur fallait encore quelques jours pour atteindre la période de dessiccation. Un choléra violent survient, et en quelques heures les pustules étaient desséchées pour la plupart. Des changemens aussi rapides sont certainement bien remarquables, et s'expliquent par l'intensité de la maladie intercurrente.

(La suite au prochain Numéro.)

Théorie du phénomène connu sous le nom de tintement métallique; par M. Beau, *membre titulaire de la Société anatomique, interne des hôpitaux.*

Laennec le premier a remarqué que lorsqu'un liquide et un gaz, communiquant avec l'air extérieur, se trouvent ensemble en certaines proportions dans la cavité des plèvres ou dans une grande caverne, la paroi thoracique correspondante à l'épanchement peut rendre à l'auscultation un son métallique après l'inspiration, l'expiration, la voix, la toux, etc., en un mot, après toutes les causes qui produisent dans la poitrine un mouvement ou un retentissement quelconque. Il est peu de médecins qui n'aient confirmé ces remarques de Laennec, et qui n'aient aussi observé comme lui que dans les différentes circonstances que je viens d'indiquer, l'intensité et la forme de ce bruit métallique présentent elles-mêmes des différences assez tranchées. Parmi ces variétés de son, il en est une toute spéciale par sa production instantanée, *sèche*; elle a été comparée assez justement par l'auteur de l'auscultation, au bruit que rend un vase de métal frappé légèrement avec une épingle; et elle paraît à la moindre réflexion tenir à une cause toute spéciale, car quelque divers que soient les mouvemens du

thorax, du moment qu'elle a lieu, elle se reproduit toujours avec les mêmes caractères. Cette espèce de son a été appelée tintement métallique par Laennec, et ce nom lui a été conservé.

Ce tintement a échappé jusqu'à présent (1) à toutes les explications; M. Collin, dans son *Traité de l'auscultation*, voulait en rendre raison en disant qu'il était produit par une goutte tombant sur le liquide épanché; mais cette manière de le concevoir ne paraissait pas très-probable à son auteur lui-même, car il n'y insistait pas du tout; elle ne fut adoptée par personne, et chacun se contentait de dire, avec Laennec, que le tintement métallique était le résultat du frémissement de la couche d'air superposée au liquide, sans savoir quelle était la cause particulière de ce frémissement.

Dans la fin de 1829, je fus témoin d'un fait pathologique assez curieux (2), qui me donna la première idée de l'explication que je présente aujourd'hui. J'étais à cette époque à l'hôpital de la Charité, élève dans le service de M. Lerminier, et j'eus l'occasion d'y voir un malade qui présentait à l'auscultation du côté gauche les différens bruits qui caractérisent un pneumo-hydrothorax communiquant avec les bronches; entr'autres, le tintement métallique s'y faisait entendre toutes les huit ou dix inspirations; mais ce qui me parut passablement étonnant chez ce malade, fut qu'un jour l'auscultant pendant qu'il buvait sa tisane, j'en-

(1) Ce travail était presque terminé lorsque j'appris que Dance, à l'article *Auscultation* du *Nouveau Dictionnaire*, avait donné du tintement la même explication que celle que je publie aujourd'hui; ceux qui voudront bien comparer mon travail avec les idées de l'excellent observateur que je viens de citer, verront que j'ignorais complètement sa manière de voir à ce sujet.

(2) Cette observation est consignée très au long dans le IV.e volume de la *Clinique médicale* de M. Andral, mais elle ne contient pas la particularité sur laquelle j'insiste quelques lignes plus bas. Cela se conçoit d'autant mieux, que M. le D.r Hébray, qui a recueilli l'observation, devait ignorer un fait dont j'ai seul été témoin.

tendis de la manière la plus évidente un tintement presque continuel depuis la première déglutition jusqu'à la fin de la dernière. Je répétai l'expérience souvent, mais je dois dire que le phénomène qui m'avait tant frappé ne se présenta plus d'une manière aussi marquée que la première fois. Le malade mourut quelques jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva un épanchement de liquide et de gaz dans la plèvre gauche; le poumon n'était pas refoulé en haut, mais seulement un peu applati le long de la colonne vertébrale. A la partie externe de sa base, il y avait un point gangréneux qui faisait communiquer par deux fistules les bronches et le liquide épanché. De plus, à côté de cette gangrène circonscrite et peu étendue, le diaphragme était perforé dans un diamètre de six lignes, par suite d'un cancer qui l'avait détruit, ainsi que la portion correspondante de l'estomac auquel il était adhérent. Il y avait donc deux espèces de communication pleurale, une bronchique et une stomacale. On conçoit que cette dernière dut se présenter naturellement à mon esprit pour entrer dans l'explication du tintement que j'avais entendu si distinctement lorsque le malade buvait, et je crus trouver son influence dans la production de ce bruit, en admettant que cette ouverture pleuro-stomacale avait donné passage à des bulles d'air chassé de l'estomac par l'arrivée de quelques gorgées de tisane; que ces bulles d'air étaient remontées par leur pesanteur spécifique moindre à la surface du liquide épanché, et qu'arrivées là elles avaient crevé en produisant le phénomène du tintement métallique. Cette explication, admise pour le tintement de déglutition, je dus l'appliquer au tintement entendu de temps en temps pendant l'inspiration, puisque dans ces deux cas la forme du son était la même; je fus assez heureux pour pouvoir la baser sur les mêmes conditions anatomiques. En effet, je remarquai que les fistules bronchiques étaient submergées par le liquide, et que pour peu qu'il leur arrivât de

l'air dans le temps d'inspiration, cet air devait se comporter comme celui de l'estomac, et venir comme lui crever sous forme de bulle, en produisant le même phénomène de sonoréité métallique.

Cette manière de comprendre le tintement me satisfit beaucoup plus que tout ce qu'on en avait dit jusque-là; dès ce moment je l'adoptai d'une manière invariable, attendant une seconde observation pour l'approfondir et la prouver.

Cette occasion ne s'est présentée à moi que dernièrement. Dans le mois de janvier dernier, à mon entrée comme élève interne dans le service de MM. Bricheteau et Larroque à l'hôpital Necker, j'observai le tintement et les autres bruits métalliques chez un malade dont je donnerai l'histoire détaillée à la fin de ce mémoire, pour qu'on puisse mieux juger le degré d'intérêt que mon explication peut donner au tintement métallique, et quelle certitude de détails celui ci peut apporter dans le diagnostic des hydro-pneumo-thorax compliqués de communications bronchiques.

Il est inutile de dire que l'observation de ce nouveau malade me rappela les idées que j'avais eues en 1829 sur le tintement; elles me parurent même plus probables que jamais. Je voulus, avant tout, faire une expérience dans le sens de l'explication qui me semblait si plausible.

Pour cela je pris un flacon de verre de la contenance de quatre ou cinq litres; je le remplis à moitié d'eau, et je plongeai un tube à calibre étroit dans le liquide. Je priai M. Leclaire, élève externe de l'hôpital Necker, de souffler dans ce tube très-doucement, de manière à ce que l'air insufflé fût en assez petite quantité pour que les bulles ne vinssent qu'une à une crever à la surface du liquide. Pendant ce temps j'approchai l'oreille le plus près possible du flacon, et j'entendis combien l'explosion de chaque bulle d'air imitait le tintement que nous observions chez notre

malade ; nous répétâmes cette manœuvre plusieurs fois en changeant alternativement de rôle, et nous obtînmes toujours le même résultat.

Je parlai de ce fait à M. Bricheteau, qui voulut bien que je le rendisse témoin de l'expérience; il trouva qu'il n'y avait pas seulement ressemblance, mais identité parfaite, entre le son de l'explosion de la bulle dans le flacon, et le tintement métallique; il regarda la question expérimentale comme prouvée, et m'engagea à donner suite au travail que je lui dis avoir entrepris à ce sujet.

On m'objectera, peut-être, que l'expérience que je viens de rapporter n'a pas une grande valeur pour établir l'explication que je propose, attendu qu'on ne peut guère conclure de ce que l'on fait dans un flacon de verre, à ce qui se passe dans un thorax. Il est vrai que l'expérience ne suffit pas pour résoudre à elle seule la question; elle prouve seulement que j'ai pu obtenir artificiellement un son parfaitement semblable à celui du tintement métallique. Reste à savoir maintenant, si, dans les épanchemens, les choses s'y peuvent passer ainsi que dans l'expérience du flacon; ou autrement, si, à l'autopsie des individus qui ont présenté le tintement métallique, on trouve les conditions anatomo-pathologiques nécessaires à l'explosion d'une bulle d'air, au milieu de l'épanchement gazeux thoracique. C'est ce que je vais démontrer à l'instant.

Et d'abord, pour revenir sur ce que j'ai dit, l'observation rapportée plus haut présente une double origine de bulles, par ses deux fistules pleuro-bronchiques et pleuro-stomacales, toutes les deux submergées par le liquide épanché : elle prouve donc doublement ce second point de mon mémoire; on verra à la lecture de celle que je réserve pour la fin, que la même chose y est prouvée également. J'aurais pu, à la rigueur, me contenter de l'appui de ces deux observations, d'autant plus que l'on n'a pas rarement l'occasion d'en recueillir, mais j'ai craint que ce nombre ne

suffit pas pour transformer mon opinion particulière en un point de doctrine incontestable ; j'ai dû, en conséquence, consulter celles de nos auteurs classiques, pour voir si elles m'étaient favorables. Je peux dire d'avance que mes recherches ont été heureuses, car aucun des faits d'hydrothorax consignés dans les ouvrages de Laennec et de M. Andral ne contredit ce que je veux établir ; je vais successivement présenter tous ces faits et les passer en revue.

L'ouvrage de Laennec contient sept observations de pneumo-hydro-thorax ; de ce nombre, deux, l'une (p. 299 tome 2, édition de 1826), l'autre, (page 306, tom. 2) ne renferment ni communication pleuro-bronchique ni phénomène de tintement métallique ; elles n'ont pour moi qu'une valeur négative, et je ne m'y arrêterai pas davantage ; mais les suivantes sont bien plus intéressantes.

Dans la 3me, (page 287, tome 2e), il est dit que, *le tintement métallique se faisait toujours entendre, tantôt lorsque le malade parlait, tantôt lorsqu'il toussait seulement, souvent dans l'inspiration, et quelquefois dans l'expiration même, assez souvent dans toutes les circonstances.* A l'autopsie, *on reconnut que la cavité de la plèvre droite contenait environ deux pintes d'un liquide séro-purulent........ Le poumon était refoulé vers la colonne vertébrale et la partie postérieure des côtes....... Cinq tubercules, tout-à-fait ramollis et presqu'entièrement excavés, s'ouvraient d'une part dans les bronches, et de l'autre dans la cavité de la plèvre...... Trois des excavations, communiquant ainsi avec la cavité de cette membrane, étaient situées à la surface externe du lobe inférieur, vers la base de l'appendice décrite ci-dessus et la dernière à la partie antérieure du lobe supérieur.* Il est inutile, je crois, de faire remarquer que, d'après la description précédente, il est évident que le liquide épanché communiquait au moins avec une des cinq fistules bronchiques qui venaient s'ouvrir dans la cavité de la plèvre,

et que, dès lors l'air introduit dans la fistule submergée, devait venir crever sous forme de bulle à la surface du liquide.

Dans une quatrième (page 315 ; tome 2°), Laennec dit : *en appliquant le cylindre á la hauteur de la troisième côte, j'y entendis un léger tintement métallique...* A l'autopsie, *le poumon était refoulé en haut et en arrière de manière qu'il n'avait guère que le tiers de son volume naturel... La cavité de la plèvre contenait environ une demi pinte d'un liquide transparent... La face interne du poumon présentait, au niveau de la partie moyenne de la troisième côte, une ouverture ou ulcération de la largeur de l'ongle recouverte d'un mucus jaune assez épais, à travers lequel s'échappaient des bulles d'air en pressant légèrement au-dessus.* On voit manifestement que le léger tintement, observé pendant la vie, doit ici être attribué à l'explosion des bulles d'air soulevées dans le mucus jaunâtre qui terminait la fistule. Cette observation est remarquable en ce qu'elle prouve que, même dans le sens de mon explication, la communication de la fistule avec le liquide épanché n'est pas essentielle pour la production du tintement et la formation de bulles.

Dans la cinquième, (page 323, tom. II°), *le tintement décrit ci dessus ne s'entendait plus quand le malade parlait ou toussait, mais il accompagnait d'une manière évidente les efforts d'inspiration.* A l'autopsie, l'ouverture de la poitrine *donna issue à une très-grande quantité de pus très-liquide.... La quantité totale fut évaluée à environ une pinte et demie..... La face externe du poumon présentait en outre deux ouvertures situées, l'une à la hauteur de l'angle de la troisième côte, et l'autre, vis-à-vis celui de la cinquième. Ces ouvertures paraissant être les ommunications que l'on avait sou pçonné pendant la vie exister entre la plèvre et les bronches, je fis introduire un soufflet dans la trachée pour m'en assurer, et l'on vit*

aussitôt un grand nombre de bulles d'air traverser la petite quantité de liquide restée au fond de la poitrine. Je m'abstiens de toute réflexion à l'occasion de cette observation, et je passe aux suivantes.

Dans le sixième fait, (page 348, tome IIe), Laennec raconte la particularité suivante : *Au moment où le malade venait de se mettre sur son séant, le cylindre étant appliqué sous la clavicule gauche, j'entendis distinctement un bruit semblable à celui que produit une goutte de liquide tombant dans une carafe qui ne contiendrait que très-peu d'eau. Ce bruit fut suivi, pendant une seconde, d'un tintement semblable à celui que l'on produit en frappant un verre avec une aiguille. La voix, la toux, ni la respiration n'étaient accompagnées d'aucun bruit semblable.* A l'autopsie, on ne trouva pas de communication pleuro-bronchique; *le poumon refoulé vers le médiastin était réduit au tiers de son volume naturel..... La cavité de la plèvre était aux trois-quarts vide..... A la partie la plus déclive de cet espace vide, existait un liquide recouvert à sa surface d'une grande quantité de bulles transparentes, tout-à-fait semblables à celles que l'on forme en agitant ou insufflant de l'eau de savon.* Cette observation me paraît extraordinaire en ce qu'on voit ici la sonoréité métallique exister dans un pneumo-hydro-thorax sans communication bronchique, et qu'une communication quelconque avec l'air extérieur est presque toujours nécessaire, pour que le thorax puisse présenter les diverses variétés de son métallique. Quant à la cause particulière de ce *tintement prolongé pendant une seconde*, entendu une seule fois chez le sujet de cette observation, je pense qu'il est tout naturel de la trouver dans l'explosion de plusieurs des bulles surnageant en si grande quantité à la surface du liquide épanché, par suite d'une agitation particulière de ce liquide due au soulevement brusque et instantané de la poitrine du malade.

Dans la septième et dernière observation (page 113, tome 1er), il s'agit d'un individu chez qui l'opération de l'empyème avait été pratiquée depuis peu. Laennec remarque, *que lorsqu'on poussait lentement une injection dans la poitrine, par saccades*, de manière à ce que *le liquide tombât sur celui qui existait déjà dans la poitrine, sans toucher les parois de cette cavité... cette chute déterminait d'une manière très-marquée le tintement métallique.* Ici, bien évidemment, le *tintement* était produit par la chute du liquide injecté; mais, faut-il en conclure pour cela que cette observation contredit ma théorie? Non, parce que je suis persuadé que le tintement entendu dans cette circonstance devait différer beaucoup de celui qui est dû à l'explosion d'une bulle d'air, et que j'appellerai dorénavant *bullaire* pour le distinguer de ses autres variétés. On peut s'assurer de la différence qui existe entre ces tintemens, en comparant l'un à l'autre le son produit par la rupture d'une bulle d'air, et celui dû à la chute d'un liquide dans un bocal de verre : on pourra voir qu'elle est très-grande. Au reste, Laennec n'avait pas une idée très-précise du tintement; ce qui le prouve, c'est que dans cette même observation, il remarque qu'*à chaque parole que prononçait le malade, le tintement proprement dit se faisait entendre distinctement;* quelques lignes plus bas il ajoute que, *ce tintement était déterminé seulement, par les vibrations qu'imprimait à la masse d'air, la résonnance de la voix dans le poumon.* On voit clairement par là, que Laennec confondait le tintement avec la résonnance ou l'écho métallique; je dirai plus bas à quoi on peut distinguer ces deux variétés de son.

La *Clinique médicale* de M. Andral ne renferme (page 556, tome II), que trois observations de pneumo-hydrothorax communiquant avec les bronches. De ces observations, deux ne contiennent qu'une description concise des lésions anatomo-pathologiques sans symptômes, et ne

doivent par conséquent pas être rapportées ici. La troisième offre assez d'intérêt ; il y est dit : *que la poitrine percutée était d'une sonoréité remarquable dans les deux tiers inférieurs du côté gauche ; dans cette même étendue on entendait, à chaque mouvement inspiratoire, une sorte de souffle sans mélange d'aucun râle, assez analogue au bruit que l'on produit en soufflant dans un vase de métal.... A l'ouverture du cadavre on trouva en effet le poumon gauche refoulé à sa partie moyenne vers la colonne vertébrale; sa surface présentait trois larges ouvertures par lesquelles la cavité de la plèvre communiquait avec de vastes excavations tuberculeuses où s'ouvraient plusieurs gros tuyaux bronchiques. La plèvre contenait un liquide purulent qui n'était pas en quantité assez grande pour remplir tout l'espace vide qui existait entre le poumon refoulé et les côtes.* Quoique l'auteur ne dise pas dans quel point du poumon se trouvaient les perforations tuberculeuses, ni la hauteur du liquide épanché, on doit supposer avec beaucoup de raison que les fistules n'étaient pas submergées au moment où s'entendait l'inspiration amphoro-métallique, puisque les deux tiers inférieurs du thorax où existait ce bruit *étaient d'une sonoréité remarquable*, et que, par conséquent, de l'air seul était alors renfermé dans sa cavité. Cette observation est la contr'épreuve des précédentes, en ce sens qu'elle prouve que dans un thorax doué d'ailleurs d'une sonoréité métallique, le tintement n'a pas existé, parce que dans ce thorax les conditions anatomo-pathologiques nécessaires à la formation des bulles d'air n'existaient pas.

M. Louis a fait insérer dans les *Archives* du mois de juillet 1823, un mémoire sur le pneumo-hydrothorax, contenant quatre observations, dont deux seulement présentent le tintement métallique avec beaucoup de liquide épanché et des fistules bronchiques. Mais comme la description des lésions anatomiques ne donne que quelques probabilités

sur la submersion de ces fistules par le liquide, et quoique dès-lors ces deux observations soient plutôt pour que contre ma théorie, j'ai cru inutile de les rapporter ici. J'aime mieux renvoyer le lecteur au mémoire de M. Louis, il verra qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier leur valeur affirmative ou infirmative. Quoi qu'il en soit de ces observations, je pense que la question que je me suis proposée est suffisamment résolue par celles qui me sont propres, par celles surtout de Laennec et de M. Andral. Remarquons en effet que ces dernières sont bien antérieures à l'explication que je produis aujourd'hui.

D'après tout ce qui précède, je me crois suffisamment autorisé à résumer ainsi l'histoire du tintement :

Le tintement proprement dit, ou *bullaire*, est produit par la rupture d'une bulle d'air au milieu d'un épanchement thoracique, pleural ou caverneux, dont les parois sont douées de sonoréité métallique. La formation de cette bulle suppose toujours un liquide quelconque qu'elle a dû traverser pour arriver à l'épanchement gazeux, et une fistule venant déboucher dans le liquide, par laquelle s'est introduit l'air qui, par sa submersion momentanée, prend la forme de bulle. Cependant on a vu, dans une des observations citées de Laennec, que des bulles d'air s'étaient développées d'emblée par exhalation à la surface du liquide épanché. Mais il est fort rare que dans ces cas-là leur rupture donne un bruit de tintement, parce que la cavité qui les renferme, étant d'ailleurs privée de communication bronchique, ne présente pas de sonoréité métallique. D'après ce que je viens de dire, on conçoit que la bulle d'air peut provenir de différentes sources, puisque les fistules de communication présentent elles-mêmes des rapports bien différens. Ainsi, dans la grande majorité des cas, la bulle est due à l'entrée de l'air dans une fistule bronchique qui vient aboutir au-dessous du niveau du liquide épanché. D'autres fois la fistule ne vient pas déboucher dans le li-

quide, mais elle se termine dans un foyer de matières puriformes qui la sépare de l'épanchement gazeux, de telle sorte que l'air qui traverse la fistule soulève en passant, sous forme de bulle, les matières du foyer, et que la rupture de la bulle se fait bien au-dessus du liquide épanché, toujours en produisant le même effet métallique. Enfin on peut admettre encore que ces bulles à tintement peuvent, comme je l'ai déjà remarqué, se produire par exhalation de gaz à la surface d'un liquide épanché sans communication bronchique, et que même quelquefois elles peuvent résulter de l'introduction de gaz dans la cavité pleurale, par suite d'une communication stomacale ou intestinale, tout comme dans l'observation que j'ai rapportée en tête de ce mémoire. De ces différentes sources de bulle, celle qui donne lieu aux résultats les plus positifs, celle que l'on observe le plus souvent, c'est sans contredit la première, c'est-à-dire, la fistule bronchique débouchant dans le liquide épanché; c'est d'elle que je veux spécialement parler dans ce qui va suivre.

La bulle sera unique ou multiple, suivant l'unité ou la multiplicité des tuyaux fistuleux qui pourront la former. Son volume sera en rapport avec le diamètre de la fistule. Les bulles pourront crever aussitôt qu'elles seront arrivées à la surface du liquide; d'autres fois quand celui-ci sera dense ou visqueux, elles pourront y persister quelques momens à leur état bullaire, et leur rupture se fera indifféremment dans tel ou tel mouvement de la poitrine sans que pour cela on doive considérer ce dernier comme la cause du tintement survenu pendant sa durée.

Maintenant, quelles sont les causes physiologiques du tintement métallique? ou autrement, dans quels mouvemens de la poitrine l'observe-t-on? il est clair, d'après ce qui précède, que tout mouvement tendant à pousser l'air du tronc bronchique à la fistule submergée, sera la cause occasionnelle de la formation d'une bulle d'air, et par con-

séquent du tintement. Or, si l'observation confirme cette induction théorique, on remarque en effet que le tintement s'entend pendant l'inspiration, la toux, l'action de cracher, de parler, est aussi, dit-on, pendant l'expiration.

L'inspiration est le mouvement qui produit le plus souvent et le plus sûrement, le tintement bullaire. Dans ce cas il est impossible de le confondre avec les autres variétés de son métallique qui lui ressemblent, parce que dans l'inspiration on ne peut rencontrer avec lui que le bruit amphorique, et que ce bruit diffère beaucoup du tintement. Quelquefois on l'entend régulièrement à chaque inspiration, d'autres fois il est intermittent, et cela ne doit pas plus nous étonner que l'intermittence que l'on remarque si souvent dans certains râles bronchiques.

La toux, l'action de cracher, de parler, agissent à peu près de la même manière pour la production du tintement. Dans ces diverses espèces de mouvement, l'air étant plus ou moins brusquement refoulé par l'action des muscles expirateurs, tend à s'introduire dans la bronche fistuleuse, d'autant plus facilement que le tissu endurci, tuberculeux, qui l'entoure souvent, la rend incompressible, et lui conserve son calibre au milieu de l'affaissement des parties pulmonaires restées saines. Je dois faire remarquer que ces trois derniers mouvemens de la poitrine sont presque toujours suivis d'une résonnance qui imite assez bien le tintement bullaire, et qui peut se mélanger avec lui. On pourra les distinguer, en ce que la forme du son n'est pas tout-à-fait la même, et qu'ensuite le tintement bullaire est ordinairement intermittent, tandis que l'écho métallique sonne régulièrement à chaque fin de syllabe, de mouvement de toux ou de sputation.

On observe quelquefois le tintement dans l'expiration proprement dite; je pense que dans ce cas il est produit par des bulles qui, introduites depuis quelques secondes dans la cavité de l'épanchement, ont persisté à la surface

du liquide avant de se rupturer; c'est ici une affaire de coïncidence plutôt que de cause à effet.

Enfin, je termine ces considérations générales, en faisant remarquer que la position du malade, quand on l'ausculte, doit influer beaucoup sur la production du tintement en changeant le niveau du liquide; dans ses variations, la fistule peut être submergée ou libre, et dès lors la formation des bulles peut avoir lieu ou bien être suspendue.

Observation de pneumo-hydro-thorax communiquant avec les bronches et tintement métallique; oblitération de la fistule bronchique, et cessation du tintement. — Le nommé Sintot Denis, âgé de 27 ans, menuisier, est né à Langres de parens vivans encore, sains et vigoureux; il est lui-même d'une assez bonne conformation, et d'une taille au dessus de la moyenne; son caractère est gai, bruyant, capricieux, difficile; il a donné en plein dans tous les excès, surtout dans ceux de la table, ayant passé bien souvent des journées entières à boire, chanter et fumer; sa santé ne paraissait pas ébranlée par une vie si fatigante, seulement il lui arrivait de tousser quelquefois, mais peu.

En décembre 1832, étant un jour occupé à un travail pénible, il transpira beaucoup; quelques instans après avoir fini, sa chemise mouillée de sueur sécha subitement sur sa peau, et à partir de cette époque, il fut en proie à une toux bruyante, sèche, continuelle. Quoiqu'il sentît très-bien que les boissons alcooliques fussent contraires à son état, il n'en continuait pas moins à boire du vin, de l'eau-de-vie avec ses camarades, uniquement pour ne pas *se singulariser et pour ne pas passer pour mauvais compagnon.* La toux alla en augmentant, il s'y joignit peu-à-peu une gêne legère de la respiration, et Sintot fut obligé à deux reprises différentes d'entrer à l'hôtel-Dieu pour s'y faire soigner. En étant sorti toujours incapable de travailler, il fut enfin recueilli chez un parent aisé, qui le fit entourer de tous les soins nécessaires à sa position.

Il y avait cinq jours qu'il était chez ce parent, lorsque le 18 décembre 1833 au matin, étant à genou sur son lit, prêt à s'habiller, il poussa tout-à-coup un cri et sentit en même temps une oppression considérable qui le comprimait comme s'il eût été *resserré par un étau.* Cette oppression extrême diminua un peu, après une application de sinapismes aux pieds, de sangsues à l'anus ; mais la respiration était toujours haletante, le sommeil et l'appétit perdus. C'est dans cet état qu'on l'apporta à l'hôpital Necker, le 21 décembre, trois jours après le développement si brusque de ces derniers symptômes. On inscrivit sur la pancarte les phénomènes principaux qu'il présentait à l'observation ce jour là, et qui étaient : une oppression extrême, la voix entrecoupée presque à chaque syllabe, flot hippocratique s'entendant à distance, et tintement métallique de moment à autre.

Le 1er janvier, quand j'entrai au service, je notai l'état suivant : Décubitus sur le dos, quelquefois sur le côté droit; respiration difficile, à 35 par minute; le malade se plaint de sueurs nocturnes abondantes à la tête et à la poitrine; crachoir rempli de liquide blanchâtre spumeux dans lequel surnagent des crachats épais, jaunâtres; toux assez rare; chaleur de la peau; pouls à 130 par minute, dépressible; pas d'appétit, de soif; sommeil passable; selles naturelles quotidiennes; urines peu abondantes.

On observe à l'auscultation du côté droit, que chaque inspiration produit le même son que celui que l'on obtient en soufflant dans une caraffe vide, très-retentissante; de plus, l'inspiration s'accompagne de temps en temps d'un tintement métallique léger; résonnance métallique après la prononciation de chaque mot. La respiration s'entend un peu en arrière, mais nullement en avant jusqu'à l'angle des côtes. Le poumon gauche paraît respirer normalement. Quand le malade agite son bras droit, on entend, à cinq ou six pas du lit, un flot sonore. Au

reste, je remarque ici que le malade se prête de fort mauvaise grâce aux manœuvres d'investigation, et que c'est la crainte de le fatiguer qui m'a empêché de suivre jour par jour les phénomènes précités.

12 *janvier*. La respiration n'est plus amphorique, mais chaque inspiration s'accompagne d'un tintement métallique très-marqué : ce tintement est multiple, bruyant, dans les efforts de la toux. Du reste, l'état général du malade est à peu près le même.

20. Décubitus sur le côté droit; aphonie, douleur au larynx; jambe droite un peu œdématiée; plus de respiration amphorique, de tintement, ni de flot hippocratique; résonnance métallique après chaque mouvement de toux ou de sputation; écho métallique après chaque syllabe quoique aphonique.

25. Le malade se lève un peu, il peut se coucher sur le côté sain; les phénomènes métalliques sont comme le 20.

5 *février*. Il a toussé beaucoup cette nuit, et il se sent plus étouffé qu'à l'ordinaire; pouls 140, respirations 34. Du reste rien de nouveau.

8. Décubitus sur le côté droit; le malade est bien oppressé depuis deux jours; la face est pâle, un peu bouffie du côté gauche; la respiration est à 35, le pouls à 126; la peau est mouillée de sueurs, la parole est entrecoupée. Battemens du cœur retentissant jusque sous la clavicule droite, sans impulsion; rien de nouveau dans les phénomènes métalliques; la main et la jambe droites sont œdématiées.

9. Le malade est un peu moins fatigué qu'hier.

13. Il se trouve beaucoup plus fatigué aujourd'hui; il a toussé beaucoup cette nuit; le pouls est à 140, la respiration à 56.

15. Toujours très-fatigué; depuis hier soir il rend des crachats colorés en rouge rouillé; respiration à 54; pouls à 140; le râle sous-crépitant s'entend à la partie latérale

gauche de la poitrine. Il se couche sur le côté droit, et meurt à minuit, sans agonie, ayant conservé son intelligence jusqu'au dernier moment.

17. *Autopsie 37 heures après la mort*, par un temps froid. — Cadavre amaigri, tête chauve, rougeurs de diverses nuances sur les parties latérales du tronc, œdème des membres droits, surtout de leurs extrémités; ampliation du côté droit du thorax, écartement des côtes, sonoréité circonscrite à l'entour du sein droit; une ouverture faite dans ce point donne issue à un gaz qui en sort avec un sifflement fort, mais de très-courte durée. Pendant que j'enlève la paroi antérieure de la poitrine, il s'écoule, par les incisions pratiquées sur les cartilages costaux de chaque côté, une grande quantité de liquide transparent citrin que l'on recueille, autant que possible, dans un seau; quand la paroi est enlevée, on remarque que la cavité de la plèvre du côté droit est très-ample; qu'elle s'étend à gauche jusqu'aux côtes, et en bas jusqu'au rebord des côtes sternales, par suite du refoulement du médiastin et du foie, dû à l'abondance du liquide que cette cavité contient; elle en est pleine, et sa quantité totale peut être évaluée à cinq pintes. On peut également, d'après cette quantité, supposer que lorsque l'individu était sur son séant, le niveau de ce liquide devait être à la hauteur de la troisième ou deuxième côte, le reste de la cavité étant rempli par cette petite quantité d'air qui s'est échappé si rapidement à la première ouverture que nous avons faite. Toutes les parties de cette cavité sont tapissées par une couenne blanche tenant le milieu pour la consistance entre le blanc-d'œuf et le cartilage, et épaisse d'environ deux lignes.

Le poumon droit est refoulé et applati contre la colonne vertébrale, fortement maintenu dans cette position par la pseudo-membrane couenneuse qui se réfléchit sur lui des parties environnantes et le recouvre en entier; il a onze pouces de longueur et quatre seulement d'épaisseur dans

sa base ; il envoie trois brides aux parois thoraciques correspondantes; la première part de son sommet et va à la première côte; la seconde du milieu de sa hauteur à la face externe, et se rend entre la quatrième et la cinquième côte; la troisième enfin unit la partie interne de sa base à la partie supérieure externe du diaphragme; ces brides sont également recouvertes par la fausse membrane qui se réfléchit sur elles; il y a de plus entre la base du poumon et le diaphragme une grande quantité de mailles, de cellulosités molles, pulpeuses, se déchirant à la moindre traction.

Curieux de savoir où existe la fistule bronchique annoncée par des signes si positifs pendant la vie, j'insuffle de l'air par la trachée ; le poumon se laisse distendre autant que le permet la couenne qui l'environne; mais l'air ne sort nulle part. Je me décide alors à disséquer cette membrane épaisse que je suppose recouvrir le conduit fistuleux que nous cherchons; pour cela j'enlève le poumon aussi délicatement que possible, et je m'occupe de le dépouiller de son enveloppe semi-cartilagineuse, en commençant par son sommet. Arrivé à la partie moyenne de la face externe, un demi-pouce au-dessous de la bride moyenne qui se porte à la cinquième côte, je découvre une petite caverne de la grandeur d'une noisette, recouverte immédiatement par la fausse membrane que je viens d'enlever. A côté et en dehors d'elle j'observe une autre couche pseudo-membraneuse, ridée, en étoile, du diamètre d'un petit écu, affaissée dans son centre ; je fais une incision dans ce dernier endroit, et j'arrive dans une caverne vide, de la capacité d'une noix. Les bords de l'incision que j'ai faite ont une demi-ligne d'épaisseur ; la caverne communique dans sa partie profonde avec une bronche d'une ligne et demie de diamètre. La caverne précédente ne communique ni avec celle-ci, ni avec les bronches. Le tissu pulmonaire environnant est sain, mais condensé ; le sommet du poumon con-

tient dans son intérieur ; à quatre lignes de sa surface extérieure, une caverne vide qui logerait un œuf de poule ; de plus, il y a çà et là quelques petits bancs de granulations miliaires.

Le poumon gauche renferme dans son sommet quelques tubercules crus ; en bas le tissu est friable, gorgé d'un liquide spumeux de la couleur des crachats observés pendant la vie.

Les bronches, la trachée, le larynx sont rouges ; les deux ventricules sont ulcérés.

Le cœur, d'un volume normal, renferme des caillots noirâtres. Le ventricule droit est dilaté, les parois en sont flasques, très-minces.

Tous les intestins sont injectés, présentent de belles arborisations. Le jéjunum et l'iléum sont parsemés d'ulcérations du diamètre de deux lignes à six lignes, n'intéressant que la muqueuse.

Quoique cette observation, très-intéressante en plusieurs points, soit par conséquent susceptible de nombreuses réflexions, je ne veux consigner ici que celles qui ont trait à l'objet particulier de ce travail. Et d'abord, les phénomènes décrits ci-dessus prouvent qu'il y a eu existence de fistule pleuro-bronchique, car sans cela il est impossible d'expliquer l'attaque si subite de l'oppression considérable qui a persisté jusqu'à la mort du sujet, et l'inspiration amphoro-métallique entendue si distinctement dans les premiers temps de cette oppression. Mais, par quelle caverne a eu lieu cette communication de la plèvre avec les bronches ? Ce n'est ni par la grande, parce qu'elle était trop profondément enveloppée par le tissu pulmonaire, et par conséquent trop éloignée de la cavité de la plèvre, ni par la plus petite qui ne présentait aucune trace de communication bronchique ; voyons si ce ne serait pas par la moyenne. Comment était disposée cette dernière caverne ? Elle donnait, par sa partie postérieure, entrée à un tuyau bron-

chique d'une ligne et demie de diamètre, et elle était séparée de la cavité pleurale par une paroi très-mince formée par une pseudo-membrane qui présentait un enfoncement dans son milieu avec des plis rayonnés du centre à la circonférence. Or, si une fistule pleuro-bronchique a dû exister nécessairement, si elle n'a pu déboucher que par cette dernière caverne, il est évident que la paroi pseudo-membraneuse dont nous venons de parler n'est autre chose que la cicatrice de l'ouverture fistuleuse que nous cherchons. L'oblitération de cette communication a dû être ici d'autant plus facile, que le poumon était sain dans la plus grande partie de son volume, et par conséquent très-comprimé par l'épanchement, la fistule devait par suite de cette compression recevoir très-peu d'air dans l'inspiration; et par suite son orifice pleural était dans la meilleure condition pour que le produit couenneux, organisé autour de lui, s'étendît peu-à-peu de la circonférence au centre, et finît enfin par intercepter la communication.

Voyons maintenant, si en faisant l'application de ce que j'ai dit sur les conditions matérielles du tintement aux symptômes principaux de cette observation, il ne serait pas possible, d'après la marche de ces symptômes, de suivre le développement des lésions et produits anatomo-pathologiques.

1er janvier jusqu'au 12 exclusivement. *Inspiration amphoro-métallique..... De temps en temps tintement à l'inspiration.....* La respiration amphorique prouve, ainsi que Laennec le remarque dans son ouvrage, que la fistule vient se rendre dans l'épanchement gazeux ; la surface du liquide est donc au-dessous de son orifice ; mais à quoi tient le tintement que l'on entend de temps en temps ? Il ne peut, dans cette circonstance, tenir qu'à l'explosion de bulles produites de temps en temps à l'orifice de la fistule, par l'air inspiré qui soulève le détritus tuberculaire de la ca-

verne, ou une certaine quantité du liquide de l'épanchement introduit dans sa cavité pendant le décubitus du malade.

12 janvier jusqu'au 20 exclusivement. *La respiration n'est plus amphorique, mais chaque inspiration s'accompagne d'un tintement métallique très-marqué.* Maintenant le liquide submerge la fistule, parce que l'inspiration amphorique n'existe plus, et que le tintement qui survient régulièrement à chaque inspiration, dénote que tout l'air introduit dans la fistule vient remonter sous forme de bulles à la surface du liquide.

20 janvier jusqu'à la mort. *Plus de tintement..... Résonnance métallique après chaque mouvement de toux, après chaque syllabe.* La cessation permanente du tintement depuis ce jour jusqu'à la mort, équivaut pour moi à l'obstruction de la fistule; il est très-probable que son oblitération datait de ce moment. Ce qu'il y a d'étonnant ici, c'est que malgré la non-communication de la plèvre avec les bronches, il y ait persistance de la résonnance métallique après la prononciation quoique aphonique des mots, après la toux et l'action de cracher. Cette particularité anormale rapproche cette observation de celle de Laennec, que j'ai citée plus haut, dans laquelle le son métallique fut entendu sans que rien à l'autopsie pût faire admettre qu'il y eût eu communication de la cavité de la plèvre avec l'air extérieur.

BULLETINS

DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,

RÉDIGÉS

PAR M. CHASSAIGNAC, SECRÉTAIRE.

NOUVELLE SÉRIE. — N.° I.er

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique.

Présidence de M. Cruveilhier.

Anomalies de la pédieuse et de la cubitale. — Abcès axillaire avec perforation imminente dans le thorax. — Anévrysme de la sous-clavière gauche. — Carie de la région cervicale avec abcès se propageant jusque dans le crâne. — Encéphaloïdes enkystées du tissu osseux. — Tumeur de matière perlée développée sur le pédoncule du cervelet. — Kyste de matière micacée dans l'hémisphère droit du cerveau. — Deux cas de fracture du crâne, avec épanchement sanguin extérieur à la dure-mère, et provenant dans un des cas de la méningée moyenne. — Végétations des valvules du cœur. — Perforation centrale d'une valvule sigmoïde aortique.—Tumeur hydatique du cou. — Tumeur multiloculaire du cou. — Récidive de cancer du sein un an après l'opération. — Gangrène de l'estomac. — Érosion de l'artère splénique dans une ancienne ulcération de l'estomac. — Gangrène des valvules conniventes. — Atrophie du foie. — Développement de tissu fongueux dans le foie. — Coloration particulière du foie. — Tumeur fibreuse développée dans le col utérin. — Rupture de l'utérus pendant l'accouchement. — Rupture de la trompe dans une grossesse tubaire. — Récidive de cancer utérin trois mois après l'ablation du col. — Dilatation énorme sans cause appréciable des voies urinaires. — Perforation du canal de l'urètre. — Hypertrophie du muscle des uretères.

M. Nélaton présente une anomalie de l'artère pédieuse qui naît de la péronière et traverse le ligament inter-osseux. Il fait remarquer

que cette disposition anatomique pourrait, chez un sujet atteint de plaie ou d'anévrysme de la pédieuse, rendre inefficaces des moyens employés pour le traitement.

M. Chassaignac présente une anomalie de l'artère cubitale qui, au lieu de s'engager sous les muscles fixés à l'épitrochlée, passe au-dessus de ces muscles, et reste sous-aponévrotique pendant la première partie de son trajet. Elle s'engage plus loin sous le muscle palmaire grêle dont elle croise la direction pour se rendre à sa destination habituelle.

M. Tessier présente un cas d'abcès considérable de l'aisselle qui s'était propagé jusque dans les espaces intercostaux au niveau de celui de ces espaces où la perforation du côté de la plèvre était le plus imminente : le poumon avait contracté des adhérences circonscrites.

M. Maisonneuve présente un cas d'anévrysme de la sous-clavière gauche, ou du moins d'une tumeur du volume d'une petite noix, remplie d'une matière comme fibrineuse et communiquant avec la cavité de l'artère. Du reste, aucun symptôme n'a révélé pendant la vie l'existence de cette tumeur. A ce sujet M. Maisonneuve demande si l'on doit admettre que la tumeur, d'abord développée dans l'épaisseur des tuniques, s'est frayé une communication dans l'artère, ou bien si la maladie a commencé par l'érosion de la tunique interne, suivie d'épanchement sanguin ultérieur entre les tuniques. M. Cruveilhier et M. Bell sont portés à croire, d'après la connaissance de faits analogues, que la maladie a débuté par la tumeur et fini par la perforation.

M. Gendron présente une carie de la colonne vertébrale chez un sujet de dix ans. C'est principalement dans la région cervicale que siègent les désordres anatomiques. Le corps de la deuxième vertèbre cervicale est complètement dénudé; le disque placé entre la deuxième et la troisième cervicale est entièrement détruit. Le pus qui baigne les os malades forme une vaste collection qui soulevait en avant les muscles de la partie antérieure et supérieure du cou, et remplissait deux espèces d'étuis parallèles occupant la place des muscles longs du cou, comme si la partie charnue de ces muscles eût été retirée de leur gaîne aponévrotique et remplacée par de la matière purulente. Le foyer purulent communiquait en arrière dans le canal vertébral, à travers l'espace qui sépare la troisième cervicale de la seconde. Il se propageait jusqu'à la gouttière basilaire formant une saillie qui soulevait le ligament occipito-axoïdien et la dure-mère. Il avait de même envahi les articulations occipito-atloïdiennes.

Un autre abcès avec carie existait à la région lombaire.

M. Tessier présente des masses cancéreuses circonscrites rencontrées dans les diverses parties du système osseux, chez une femme qui avait un cancer du sein. Ces masses cancéreuses existent surtout au crâne;

elles y affectent les dispositions suivantes : Elles sont au nombre de sept à huit ; les uns ne sont apparentes que du côté de la surface externe des os ; les autres sont comme incrustées dans la surface interne : il en est une qui apparaît en même temps à l'extérieur et à l'intérieur du crâne, et qui ferme, à la manière d'un tampon, le disque circulaire, d'environ un pouce de diamètre, dans lequel les parois du crâne sont complètement détruites. Enfin, un de ces noyaux cancéreux occupe l'intérieur du diploé emprisonné entre les deux lames compactes. Il semblerait à l'aspect de ce dernier noyau, que toutes les formes précédentes n'expriment que les diverses phases d'un travail qui a débuté dans le diploé, et qui, suivant le progrès de la maladie, a détruit d'abord une des lames compactes, soit l'extérieure, soit l'intérieure, et enfin les deux à-la-fois, comme dans la tumeur en tampon dont il a été question. Les deux fémurs de la même femme sont également le siège de tumeurs cancéreuses développées dans l'intérieur du canal médullaire, et qui ont réduit les parois du cylindre osseux à une minceur et à une fragilité extrêmes. Aussi cette femme, ainsi que le rapporte M. Tessier, s'était-elle fracturé les deux cuisses dans un effort très-modéré.

M. Cruveilhier rappelle qu'il a présenté à la Société une altération analogue dans les os du crâne, chez une femme également atteinte de cancer : chez elle la matière cancéreuse était molle, moins bien circonscrite et incrustée dans les os.

M. Peyrot présente une concrétion de matière perlée située sur le pédoncule gauche du cervelet, entre la pie-mère et la substance même du pédoncule. Cette tumeur offre deux parties distinctes ; l'une extérieure, constituée par la matière perlée dont la superficie offre des dessins irréguliers ; l'autre, qui est enveloppée par la première comme par une espèce de coque, est de consistance caséeuse, et d'aspect terne et grisâtre.

M. Cruveilhier a fait dessiner des tumeurs de la même nature : celles-ci offraient non-seulement l'aspect argenté de la perle, mais encore semblaient formées par une agglomération de petits grains arrondis et réunis en grappes. Ces mêmes grains avaient une teinte irisée. La tumeur présentée par M. Peyrot n'offre pas ces deux caractères ; elle est d'un blanc d'argent mat, et ne se compose pas de grains arrondis.

M. Peyrot a lu l'observation relative à cette pièce. Entre autres choses dignes d'intérêt, elle nous offre un exemple de paralysie siégeant du même côté que la tumeur.

M. Vernois présente un kyste du volume d'une grosse noisette rempli de matière micacée, et qu'on a trouvé dans la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, chez un individu qui n'a offert

pendant la vie aucun symptôme du côté do l'encéphale, et qui a succombé à une phthisie laryngée.

M. Fleury lit une observation de fracture du crâoo avec épanchement sanguin à la surfaee externe de la dure-mère; la fracturc se propage à la base du crâne à travers le rocher; la source de l'épanchement n'a pas été constatée. On remarque sur la même pièco un écartement de la suture lambdoïde du côté droit.

M. Tessier soumet à la Société un cas analogue de fracture du crâne avec épanchement sanguin à l'extérieur de la dure-mère, Dans ce dernier cas la source de l'hémorrhagie est facile à reconnaître. On trouve, en effet, unc déchirure de l'artère méningée moyenne, qui est croisée perpeudiculairement par une fracture dirigée dans le sens antéro-postérieur et au côté droit du crâne.

Daos le côté du cerveau, opposé au siége de la fracture, on remarque une contusion de la substance cérébrale; celle-ci est d'une couleur assez aualogue à celle qu'on trouve dans les parois d'un foyer apoplectique, c'est-à-dire, d'une couleur lie de vin clair; elle a une texture friable et comme broyée, et est eotourée d'unc tciote jauuâtre qui est regardée par M. Cruveilhier comme le résultat d'une coloration produite dans les parties ambiantes, soit par la transsudation, soit par la résorption commençante du sang épanché dans le point contus.

M. Michon présente de la part de M. Monestier des *végétations* volumineuses, siégeant aux valvules sigmoïdes de l'aorte. Le ventricule gauche est hypertrophié.

M. Chassaignac préseote de même des valvules sigmoïdes recouvertes de végétations. Au centre d'une de ces valvules existe une perforation centrale, ulcéreuse, circulaire, qui rétablit un canal central entre le ventricule et l'aorte. Cette circonstance lui paraît propre à rendre compte de l'amélioration qui pourrait survenir dans les symptômes dépendant de la difficulté qu'aurait éprouvée, de la part des valvules et des végétations, le passage du sang du ventricule gauche dans l'aorte. Cette même disposition devait permettre au sang lancé daos l'aorte, de refluer dans le veotricule gauche; peut-être doit-on l'envisager comme un des seuls modes de terminaison favorable dans le cas d'oblitération progressive de l'orifice aortiquc par des valvules qui se chargent de végétations.

M. Defraoce présente unc tumeur hydatique enlevée par M. Roux. Cette tumeur, qui était située au bord postérieur et à la face externe du sterno-mastoïdien du côté droit, contenait plusieurs hydatides d'une blanchcur parfaite, et placées au milieu d'une substance analogue à de la gelée de colle de poisson.

M. A. Bérard rappelle à ce sujet qu'il a récemment enlevé, chez un enfant de 9 ans, une tumeur aqueuse multiloculaire pareillement située au col. Cette tumeur, qui avait été regardée au premier abord

comme de nature fongueuse, contenait de la sérosité dans plusieurs loges distinctes. On avait reconnu sa transparence avant l'opération en plaçant une lumière derrière la tumeur.

M. Defrance présente encore à la Société, un cas de récidive de cancer encéphaloïde du sein, recueilli chez une femme qui avait été opérée un an auparavant. La tumeur cancéreuse ne s'était point formée dans la cicatrice; quelques ganglions axillaires indurés ont été enlevés avec la tumeur. L'opération a été pratiquée par M. Roux.

M. Marotte présente une gangrène de l'estomac : cet organe était le siége d'une ulcération ancienne, dont le fond est formé par la substance du foie, d'après un mode de substitution dont la Société a vu récemment de nombreux exemples.

M. Cazeau présente un cas de perforation ancienne de l'estomac, siégeant à la paroi postérieure du viscère et dont le fond est formé par le pancréas. On remarque dans le champ de l'ulcération deux ouvertures artérielles béantes qui s'ouvrent à quelque distance l'une de l'autre, et qu'on reconnaît appartenir à l'artère splénique qui a été détruite dans une partie de sa longueur.

Le sujet de cette observation n'a succombé que quatre jours après la manifestation des premiers symptômes d'hématémèse.

M. Cruveilhier rappelle que les hémorrhagies qui succèdent à des perforations anciennes de l'estomac, peuvent provenir de quatre artères différentes; des gastro-épiploïques, splénique, gastrique supérieure et pylorique.

M. Maisonneuve lit une observation de cancer de l'estomac avec gangrène des valvules conniventes de l'intestin grêle. Il présente les pièces anatomiques recueillis sur les sujets de ces deux observations. Les valvules conniventes offrent dans l'étendue de plusieurs pieds une coloration gangréneuse, noirâtre et livide. Une particularité anatomique s'est présentée sur le sujet de cette observation, c'est la continuation des valvules conniventes jusqu'au cœcum, tandis que d'ordinaire ces valvules, d'abord clair-semées, se sont presque complètement effacées avant la terminaison de l'intestin grêle : elles conservaient ici le même aspect que dans le duodénum.

M. Peyrot présente à la Société un exemple d'atrophie du foie, qui est réduit à peine au tiers du volume ordinaire. La substance de l'organe, qui est granuleux et inégal à sa surface, paraît formée de grains plus volumineux que ceux qui dans l'état normal constituent le tissu de la glande. Ces grains sont comme enkystés et contenus dans des petits sacs fibreux, denses, et de l'intérieur desquels on peut les faire sortir comme par énucléation. M. Cruveilhier fait remarquer à cette occasion que les cas de cette nature consistent, suivant lui, dans l'hypertrophie d'un certain nombre de grains glanduleux coïncidant avec l'atrophie de tous les autres, ce qui explique d'une part l'aspect

granuleux de la surface du foie qui est comme mamelonnée ; d'une autre part, l'existence d'une hypertrophie partielle, coïncidant avec une atrophie de la majorité des grains, circonstance qui rend compte de la diminution absolue de volume que présente le foie.

M. Caseaux présente un foie converti en une masse jaune très-compacte et d'un volume au moins triple de celui du foie dans son état normal. Dans les diverses parties de cette masse commune se trouvent des masses partielles d'un tissu spongieux comme érectile. Cette coexistence de masses fongueuses avec une conversion à l'état jaune du foie est rare ; c'est peut-être un des seuls exemples qui en aient été offerts jusqu'ici à la Société anatomique. Le sujet de cette observation n'avait pas offert de teinte ictérique. La vésicule était remplie d'une bile verte foncée en couleur.

M. Casalis présente un foie dont la coloration, la compacité et la cassure ont ceci de remarquable qu'elles se rapprochent de celles de la cire jaune.

M. Pegot présente une tumeur offrant la plus grande analogie d'aspect avec les tumeurs fibreuses qu'on voit se développer dans l'ovaire. En l'examinant avec attention, M. Cruveilhier reconnaît l'intégrité de l'ovaire, et sa présence à la partie antérieure de la tumeur. Le corps de l'utérus est de même placé au devant de la tumeur, et est dans un état d'intégrité complète. La tumeur, dont le tissu intime est de nature fibreuse et homogène, présente, suivant la remarque de M. Beau, le même aspect que la chair légèrement colorée du veau. M. Cruveilhier, en détachant avec les doigts les enveloppes de la tumeur qui sont distinctes de son tissu propre, et qui sont très-analogues au tissu des parois utérines, reconnaît que celle-ci s'est développée dans l'épaisseur même de la paroi postérieure du col utérin, et qu'elle a effectué son développement vers le vagin et non vers l'abdomen ; il fait remarquer que cette disposition est très-rare et qu'il ne l'a jusqu'ici jamais observée dans le col.

M. Mavré présente un cas de rupture du col utérin, s'étendant à la partie postérieure, depuis l'orifice jusqu'à deux pouces au-dessus, dans un utérus qui a encore sept pouces à-peu-près de hauteur. Le tissu de l'utérus est parfaitement sain. M. Mavré apprend que la version a été pratiquée sans faire connaître pour quel motif. Plusieurs des membres inclinent à regarder cette déchirure comme étant le résultat des manœuvres obstétricales. Le défaut de renseignemens plus précis ne permet pas d'établir rien de positif au sujet de la cause de rupture.

M. Dupré présente un cas de rupture de la trompe chez une femme arrivée à la septième semaine d'une grossesse tubaire : l'hémorrhagie qui s'est faite dans la cavité péritonéale a été extrêmement abondante ; la seule cause appréciable de cette rupture a paru tenir à de vives impressions morales.

M. Ripault présente un cas d'ulcération du col et d'une grande partie du corps de l'utérus chez une femme qui, deux mois et demi auparavant, a été opérée par M. Blandin. Une grande partie de l'utérus est dans un état de putrescence ; le reste dans un état d'induration.

M. Sestié montre un cas de dilatation du bassinet et de l'uretère avec végétations dans ce dernier conduit. Le rein, qui a le triple du volume ordinaire, semble converti en une poche multiloculaire dont les loges sont formées par les calices dilatés et recouverts du côté de la surface du rein par une couche de substance glanduleuse. Dans l'uretère du même côté on rencontre, à deux pouces au-dessous du rein et à trois pouces de distance l'une de l'autre, deux végétations mollasses, fongueuses, qui font à peine relief à l'intérieur du canal et qui n'expliquent pas d'une manière satisfaisante la rétention d'urine et la dilatation énorme du rein et de l'urètre, qui n'expliquent non plus aucune dilatation dans le trajet ultérieur de l'urine. Il est peut-être permis de supposer que les végétations n'auront été détruites ou n'auront diminué de volume que depuis peu ; mais il est à remarquer que l'uretère présente au-dessous d'elle un diamètre presque égal à celui qu'il présente au-dessus.

M. Defrance présente à la Société un cas de perforation du canal de l'urètre au niveau de la prostate, dans le tissu de laquelle ont été pratiquées des fausses routes. On ne rencontre dans l'urètre aucune disposition qui ait pu donner lieu à une rétention d'urine; mais on y trouve quelques vestiges de cicatrices, qui ne forment à la vérité aucun relief dans le canal. A l'extérieur de l'urètre et au niveau du bulbe on trouve une tumeur alongée du volume d'une noix, et au centre de laquelle existe une collection purulente. M. A. Bérard s'assure qu'une pression assez forte, exercée sur cette tumeur, ne peut faire refluer aucun liquide dans le canal de l'urètre. Sur la vessie du même sujet on trouve des traces évidentes de cystite. On trouve aussi une tuméfaction de l'espèce de bande transversale, qui s'étend entre les orifices des deux uretères et qui a été désignée sous le nom de *muscles des uretères*. Cette bande transversale, faisant relief sur le trigone vésical, forme comme une espèce de pont, au-dessous duquel la muqueuse présente un cul-de-sac dont l'ouverture est tournée en arrière du côté du bas-fond. On constate que cet épaississement ne pouvait apporter aucun obstacle notable à la sortie de l'urine.

M. Reich fait hommage à la société d'une monographie latine sur la membrane pupillaire (1).

---

(1) *Dissertatio inauguralis anatomica*, *auctore Georg. Frideric, Ottom. Reich*, *medicinæ et chirurgiæ doctore. Berolini*, 1833. *Apud Kirschwald.*

Extrait d'un mémoire sur les hernies, communiqué à la Société anamique; par M. Tessier.

Dans ce travail, qui a spécialement pour objet les hernies anciennes, nous nous proposons d'examiner successivement: 1° Les rapports de la tunique vaginale et du sac péritonéal, 2° la disposition anatomique du collet du sac, 3° le siège de l'étranglement, et les accidens généraux que détermine la constriction des parties herniées.

1° *Rapports de la tunique vaginale et du sac.*—Du pourtour de l'anneau abdominal, où se trouve son point d'origine, le sac peut se prolonger jusqu'à la partie postérieure de la tunique vaginale, qu'il pousse en dehors et en avant, tandis qu'il laisse en arrière et en dedans le cordon des vaisseaux spermatiques.

Alors le sac se trouve contenu dans une anse à concavité supérieure, dont la partie antérieure et externe est formée par la tunique vaginale, la partie postérieure et interne par le cordon spermatique plus ou moins étalé. Si nous ajoutons qu'à peu près constamment la tunique vaginale est distendue par de la sérosité, on comprendra que cette membrane puisse faire hernie à travers une éraillure de la paroi antérieure du sac: et cette circonstance s'est présentée à notre observation dans une opération de hernie que pratiquait M. Sanson. Enfin, ces rapports assez fréquens et le plus souvent méconnus de la tunique vaginale et du sac trompent beaucoup de chirurgiens qui, prolongeant trop bas leur incision, ouvrent la tunique vaginale, établissent une communication entre sa cavité et celle du sac, mettent à nu le testicule, et donnent lieu ainsi à des *hernies congénitales artificielles.* Nous avons vu cette dénudation du testicule être suivie de l'inflammation et de la suppuration de cet organe.

2° *Disposition anatomique du collet du sac.* — Autour de l'orifice postérieur du canal inguinal on voit le feuillet

pariétal du péritoine plissé à la manière d'une bourse à cordons. Ces plis sont disposés en éventail, et les plus prononcés présentent leur sommet à la partie interne et inférieure de l'anneau; de ce point ils se déploient en divergeant sur les parties voisines, recouvrant ainsi les vaisseaux spermatiques et épigastriques. Cette disposition du péritoine prouverait à elle seule que le sac a été formé par la traction du feuillet qui recouvre les parties voisines, opinion contraire à celle d'Astley Cooper, qui regarde le sac comme une cavité formée de toutes pièces, et due à l'extensibilité de la fossette péritonéale que l'on rencontre dans l'état naturel derrière l'anneau. Les organes voisins, dans cette hypothèse, devraient conserver leur position naturelle; cependant il n'en est point ainsi : dans les cas que j'ai observés, le péritoine qui tapisse l'ouraque était déployé, l'ouraque lui-même était porté du côté de la hernie, et la vessie offrait une semblable déviation. Pour ces raisons l'opinion d'Astley Cooper me paraît inadmissible. Bien plus, ce déplacement des organes voisins de l'anneau peut, il me semble, rendre compte de la formation de certaines cystocèles, qui, placées à l'extérieur d'un sac herniaire, sont presque toujours l'effet et non la cause de la hernie concomitante.

Dans le canal inguinal, les plis de la séreuse ont disparu; sa consistance, l'épaisseur du péritoine sont considérablement augmentées; sa face externe est intimement unie aux tissus fibreux environnans. De cette adhérence il résulte que le sac a perdu son droit de domicile dans l'abdomen, que les organes ne peuvent recouvrer la portion du péritoine qui leur a été enlevée.

Un rétrécissement circulaire formé par un anneau d'une structure fibreuse très-évidente, large de deux à trois lignes, intimement uni d'une part au sac, de l'autre aux tissus environnans, indique le point de communication entre la cavité du sac et celle du péritoine.

3° *Siége de l'étranglement.* — C'est dans ce point que se passent le plus souvent les phénomènes mécaniques de l'étranglement. Cette opinion, proclamée par Scarpa, professée à l'hôtel-Dieu, je l'ai vérifiée sur un homme qui, sur le point d'être opéré d'une hernie inguinale gauche étranglée, mourut avant qu'on eût pu lui porter secours. Il s'était écoulé 23 heures entre le début des accidens et leur terminaison funeste. Chez cet homme, le bourrelet saillant dont j'ai parlé plus haut était boursouflé, infiltré de sang, et adhérait à l'intestin aussi fortement que cela est possible après vingt-trois heures. Au même niveau le sac était circulairement ramolli; il était ecchymosé autour du ramollissement, tandis qu'il offrait dans tous les autres points l'aspect d'un péricarde à l'état sain. L'ecchymose s'était étendue aux enveloppes fibreuses qui en ce lieu adhèrent à la face externe du sac. Les anneaux fibreux qui limitent le canal inguinal ne faisaient subir aux parties sous-jacentes aucune constriction. Dans l'intervalle qui les sépare, avaient eu lieu l'effort de dilatation des parties herniées, la résistance du collet du sac, et leur désorganisation.

4° *Accidens généraux de l'étranglement.* — Il est dans l'histoire de l'étranglement une autre question aussi importante que celle de son siége : je veux parler des lésions qu'il détermine sur la séreuse péritonéale, lésions, qui, nées sous son influence, ne disparaissent pas toujours avec lui; je dirai plus, qui souvent réduisent à rien les bienfaits de l'opération :

Lorsque l'on énumère les symptômes généraux de la hernie étranglée, tels que les nausées et les vomissemens, la douleur, la tension, le météorisme du ventre, la petitesse, la fréquence du pouls, l'altération profonde des traits, on ne cherche point le lien qui unit ces phénomènes secondaires au phénomène primitif, la constriction des parties herniées. Ce lien me paraît être l'inflammation partielle ou générale du péritoine. Le collet du sac distendu, en-

flammé, est, je crois le point de départ de deux, inflammations : la première envahit les parties situées au dessous de l'étranglement ; son histoire est complète dans la science ; la seconde, moins vive, moins rapide dans sa marche, étendue à la cavité péritonéale en partie ou en totalité, n'a point assez fixé l'attention des praticiens. J'en ai trouvé les traces chez le malade dont j'ai parlé. Une sérosité rosée, en assez petite quantité, qui s'écoula lorsque j'ouvris la cavité péritonéale, quelques fausses membranes très-fines et presqu'incolores, voilant par des stries nombreuses et très-minces, la surface séreuse de l'intestin, furent pour moi les indices d'une péritonite. Je rappellerai que des malades sont morts de péritonite, à la suite de hernies étranglées réduites par le taxis, sans qu'on trouvât, bien entendu, d'épanchement de matières fécales. Souvent après la réduction sans opération les symptômes généraux persistent pendant un temps plus ou moins long avec les caractères de la péritonite. Ne sait-on pas d'ailleurs que cette inflammation vient fréquemment compliquer les inflammations aiguës on chroniques des organes contigüs au péritoine. Pourquoi donc attribuer les symptômes à l'interruption du cours des matières occasionnée par la constriction d'une anse intestinale? Loin de moi l'idée de croire innocente cette interruption ; mais la science fourmille d'observations de constipations opiniâtres dont les accidens ont duré des semaines entières sans faire périr les malades. Il y a loin de ce terme à celui des hernies étranglées, sauf quelques exceptions. D'ailleurs, lorsque l'étranglement comprime l'épiploon ou une tumeur graisseuse, les symptômes généraux sont les mêmes ; on les retrouve encore lorsque le cordon enflammé est étreint dans le canal inguinal, ou lorsque l'intestin est seulement pincé : je crois donc que les symptômes généraux des hernies étranglées sont des symptômes de péritonite. Pour n'avoir pas rattaché les accidens à cette lésion, d'habiles praticiens, après avoir réduit des

hernies par le taxis, s'étonnent de la persistance des symptômes, et croient, ou bien que des anses intestinales sont tordues, ou bien qu'ils ont réduit en masse le sac et la hernie et que l'étranglement persiste encore. Dans ces cas bien souvent il arrive que le traitement antiphlogistique, auquel on a recours à tout hasard, amène la disparition des accidens. La péritonite est souvent, on peut le dire, antérieure à l'opération.

J'ajouterai qu'il est une troisième cause de péritonite; c'est la réduction des parties violemment étranglées. Il est vrai que l'humidité péritonéale est le meilleur topique, l'émollient le plus favorable à prévenir ou à combattre l'inflammation, le ramollissement et la perforation d'un intestin gorgé de sang, pour ainsi dire asphyxié. Mais, d'autre part, ne peut-on pas admettre qu'un intestin qui a subi de très-notables altérations dans ses qualités normales, non seulement enflammera la séreuse avec laquelle il est en contact, mais encore agira comme un corps étranger introduit dans la cavité péritonéale.

Extrait d'un Mémoire sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie de la colonne vertébrale; par M. CHASSAIGNAC.

Le premier objet que je me propose de signaler, c'est l'existence de quelques saillies osseuses qui ne se remarquent d'une manière bien apparente que dans les vertèbres lombaires et dans les deux dernières vertèbres dorsales. Ces éminences, auxquelles je me crois autorisé à donner le nom de tubercules sous-apophysaires, sont situées à la base et en arrière de l'apophyse costiforme des vertèbres lombaires, précisément sur la ligne des apophyses articulaires, mais au-dessous d'elles, et de même qu'on donne aux tubercules qui surmontent les apophyses articulaires le nom de tubercules apophysaires, j'ai cru devoir donner aux éminen-

ces dont je parle le nom de tubercules sous-apophysaires. Ces petites éminences se présentent sous l'aspect d'un mamelon très-distinct, surtout dans les deux dernières dorsales et que j'ai constamment retrouvé sur un certain nombre de colonnes vertébrales que j'ai examinées à ce sujet. Ces tubercules servent d'attache précise à ceux des tendons du long dorsal qu'on dit se porter aux apophyses articulaires. Ce qui s'attache véritablement aux apophyses articulaires et aux tubercules apophysaires qui les surmontent, ce sont les tendons du muscle généralement nommé le transversaire épineux. La connaissance de ce fait rectifie une erreur anatomique qu'on rencontre dans la plupart des auteurs : à savoir, que les tendons, prétendus articulaires du long dorsal, se fixent aux apophyses articulaires, tandis que c'est aux tubercules dont j'ai parlé et qui en sont tout-à-fait distincts

Ajouterai-je que ces tubercules offrent à la région lombaire un aspect tel qu'ils forment un caractère distinctif de plus pour ces vertèbres.

J'indiquerai encore ici l'existence d'un tubercule qui se trouve à un degré plus ou moins prononcé dans toutes les vertèbres cervicales ; mais qui est beaucoup plus développé dans la sixième que dans toutes les autres ; ce qui me paraît donner lieu à des conséquences chirurgicales d'une certaine importance. Ce tubercule de la sixième vertèbre cervicale, auquel on peut donner le nom de *tubercule-carotidien*, parce que cette dénomination indique ce qu'il y a de plus important et de plus pratique dans les rapports de cette éminence osseuse, c'est-à-dire, son voisinage avec l'artère carotide, ce tubercule, dis-je, forme un relief d'autant plus prononcé qu'on l'examine chez des sujets plus avancés en âge ; il offre aussi, d'individu à individu, et quelquefois sur le même sujet d'un côté à l'autre, quelques variétés assez notable sdans le degré de saillie qu'il forme au-devant de l'apophyse transverse.

De même qu'elle varie dans son volume, cette éminence offre dans sa forme des différences individuelles qu'on doit indiquer. Chez quelques sujets elle consiste en une simple languette osseuse ou tubercule qui proëmine au-devant de l'apophyse transverse. Chez d'autres au contraire, elle constitue un véritable crochet à concavité tournée en avant. Cette dernière disposition est très-marquée chez quelques animaux, et notamment chez le chat, où le tubercule carotidien constitue un crochet facile à sentir à travers les tégumens de l'animal.

Mais ce qui mérite de fixer l'attention sur cette éminence osseuse, ce sont les rapports avec les organes environnans.

En avant et un peu en dedans elle répond à l'artère carotide primitive; aussi ce tubercule fournit-il sur la position de l'artère des indices tellement précis qu'on peut, les yeux fermés, et en tenant un doigt sur cette éminence, facile à sentir au travers des tégumens, plonger nn bistouri dans l'artère sans incision préalable, ainsi que la chose est arrivée à plusieurs personnes dans des essais qui ont été tentés à ce sujet sur des cadavres.

Le tubercule carotidien est du reste recouvert en avant par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, par le feuillet fibreux du fascia cervicalis, le peaucier, etc. Toutefois quand on applique les doigts dans la dépression qui indique à l'extérieur le bord interne du sterno-mastoïdien, il est très-facile de sentir, à deux pouces au-dessus de la clavicule, une éminence acuminée, assez aignë chez quelques sujets pour déterminer une pression douloureuse sur le doigt qui s'y appliquerait un peu fortement.

C'est immédiatement au-dessous de ce tubercule osseux, que l'artère vertébrale pénètre dans le canal des apophyses transverses. C'est encore au-dessous de lui que se place l'artère cervicale profonde ou cervicale postérieure.

Enfin, l'artère thyroïdienne inférieure, venant croiser, en passant derrière elle, l'artère carotide au niveau de la

cinquième cervicale, est encore très-rapprochée de ce tubercule : on peut en dire autant de l'artère cervicale ascendante.

Supérieurement le tubercule carotidien reçoit l'insertion inférieure du grand droit antérieur de la tête qui y envoie une languette fibreuse très-mince, circonstance qui concourt puissamment à accroître la proéminence du tubercule, et voici en quoi : le corps charnu du muscle droit, étant couché sur la face antérieure des apophyses transverses cervicales, matelasse en quelque sorte ces apophyses et les dérobe en partie au toucher, tandis que le tubercule carotidien ne recevant de ce muscle qu'une languette fibreuse très-fine, est beaucoup plus facile à percevoir à travers les tégumens. C'est, entre autres circonstances, à la manière dont se termine le muscle droit, qu'est dû en grande partie le relief que forme sur le cadavre le tubercule dont je parle, tandis que sur le squelette la disproportion de ce tubercule avec ceux des autres vertèbres cervicales, est beaucoup moins choquante.

Une autre cause de la proéminence du tubercule, c'est la direction subitement rétrograde ou le déjettement en arrière de l'apophyse transverse de la septième cervicale ; d'où il résulte que le tubercule carotidien termine d'une manière brusque inférieurement la rangée des apophyses transverses des six premières cervicales, aucune éminence ne lui faisant suite au-dessous.

A quoi j'ajouterai que la sixième vertèbre étant, ainsi que je m'en suis assuré par des expériences directes, la plus mobile des six dernières vertèbres cervicales, surtout dans ses rapports avec la septième, elle devient, dans le renversement du col en arrière, le point le plus proéminent de la région cervicale en avant, ce qui augmente beaucoup, dans cette attitude, le relief des deux tubercules carotidiens de cette vertèbre.

Des diverses circonstances que je viens d'énumérer, il

résulte que, si le tubercule carotidien tire son existence d'un relief véritable situé sur la sixième vertèbre, il la doit aussi en grande partie à plusieurs circonstances qui se réunissent pour accroître la saillie qu'il forme sur le cadavre.

La proéminence remarquable de ce tubercule, et la possibilité de reconnaître sa présence au travers des tégumens, donnent lieu, d'une part, à des applications anatomiques; d'une autre part, à des applications chirurgicales. Mais avant de faire connaître ces applications on doit convenir pour rester dans la vérité, 1.° que le tubercule carotidien est beaucoup moins facile à sentir sur le vivant, à cause de la résistance plus grande du peaucier, et surtout du bord antérieur du sterno-mastoïdien; 2.° qu'en outre, pour que l'artère carotide conserve avec le tubercule carotidien les rapports que j'ai indiqués, il faut que le col soit dans une rectitude parfaite, car aussitôt qu'il y a une rotation même peu considérable, l'artère n'a plus avec le tubercule des rapports aussi précis.

Sous le rapport purement anatomique, le tubercule carotidien offre cet avantage qu'il constitue un point fixe sur lequel on peut se guider pour la détermination précise de la place qu'occupent les divers organes du cou, principalement les nerfs. On sait en effet, pour peu qu'on ait l'habitude des préparations anatomiques, que dans la dissection des nerfs du cou on éprouve fréquemment de l'hésitation à déterminer à première vue le rang d'une paire de nerfs donnée. Or, le rang d'une paire cervicale ne pouvant être déterminé de prime-abord, qu'en sachant entre quelle vertèbre elle est placée, le tubercule carotidien en révélant de suite la position de la sixième vertèbre cervicale, fait cesser à l'instant toute hésitation.

Comme conséquence anatomique, j'ajouterai encore que la présence de ce tubercule donne à la sixième cervicale un caractère différentiel qui la distingue de toutes les

autres, et de même que la prédominance de l'apophyse épineuse fait le caractère distinctif de la septième cervicale, ainsi la prédominance du tubercule carotidien fait le caractère de la sixième.

Sous le rapport des applications chirurgicales, on peut déduire de ce qui a été dit précédemment, les conclusions suivantes :

1.° Il est possible de se diriger dans la recherche de l'artère carotide sur le tubercule carotidien, comme sur un guide d'une précision en quelque sorte mathématique.

2.° S'il arrivait que, dans l'impossibilité de pratiquer à l'instant même la ligature de la carotide primitive pour une blessure de cette artère, on voulût suspendre provisoirement l'hémorrhagie, le même tubercule fournirait encore les indices les plus précieux sur la position de l'artère, même en supposant qu'une infiltration sanguine en eût offusqué les battemens; il offrirait aussi à sa partie interne une surface que je crois la plus propre à servir de point d'appui pour une compression provisoire de l'artère carotide.

3.° Dans une plaie par instrument piquant qui serait placée au voisinage de ce tubercule, et qui serait accompagnée d'hémorrhagie, le sang pourrait provenir de l'une et même de plusieurs des quatre ou cinq artères suivantes; savoir, la carotide primitive, la thyroïdienne inférieure, la vertébrale, la cervicale postérieure, la cervicale ascendante. Or, le tubercule carotidien pourrait, en donnant des indications très-approximatives sur la position de ces diverses artères, servir de point de départ aux recherches du chirurgien dans l'application d'une ou de plusieurs ligatures. — Ainsi la ligature de l'artère vertébrale qui, pour d'autres motifs, restera peut-être toujours impraticable, se ferait avec beaucoup moins de tâtonnemens, ainsi que je le prouverai en faisant connaître plus tard un procédé que je regarde jusqu'ici comme purement anatomique.

4.° Si on éprouve quelques difficultés à sentir sur le vi-

vant le tubercule carotidien à travers les tégumens, ces difficultés cesseraient immédiatement après la section des couches les plus superficielles.

5.° On peut se guider sur le tubercule carotidien pour pratiquer la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, qui passe transversalement à peu de hautenr au-dessus de lui.

. . . .

J'arrive à une question de physiologie au sujet de laquelle j'ai à proposer une explication que je crois nouvelle : elle a pour objet le raccourcissement de la colonne vertébrale après une marche prolongée. Les physiologistes n'ont cru pouvoir trouver d'autre raison du raccourcissement de taille qui a lieu dans ces cas, que l'affaissement par compression des substances intervertébrales qui, dans le repos, reviendraient à leur état primitif par une sorte de réaction lente. J'avouerai que cette explication, dans laquelle on admet une diminution absolue de longueur par affaissement des substances, m'a toujours paru un peu paradoxale; et je la crois tout-à-fait dénuée de fondement depuis que, par des expériences directes, je me suis assuré que l'effet des pressions exercées sur la colonne rachidienne dans le sens vertical ne pouvait en diminuer la longueur qu'en augmentant les courbures de cette colonne, mais non en déprimant d'une manière absolue les disques intervertébraux. Ainsi que l'a observé Monro, la lentille pulpeuse qui occupe le centre des disques intervertébraux, peut être considérée comme une sorte de pivot, un point d'appui liquide sur lequel jouent les vertèbres. Ce point d'appui me semble partager l'incompressibilité des liquides, ce qui serait incompatible avec l'idée d'une diminution absolue de hauteur dans les disques, mais ce qui se concilie très-bien avec l'opinion d'une augmentation des courbures qui font gagner en espace dans un sens ce qu'elle font perdre dans l'autre. Il en est ici de même que dans le raccourcissement de la taille chez les rachitiques : la colonne

vertébrale, ainsi que l'a démontré M. Cruveilhier, ne présente chez la plupart aucune diminution absolue de longueur, mais bien une diminution apparente dépendant des inflexions vicieuses de la colonne.

Note sur le système musculaire ; par M. CHASSAIGNAC.

Quand on jette un coup-d'œil sur la configuration générale des muscles, on est frappé de l'étonnante diversité de leur forme. Ces variétés de forme peuvent néanmoins se rattacher à quelques principes généraux qui n'ont pas encore été formulés. Ces principes, ou lois de configuration, ne m'occuperont pas dans les considérations qui vont suivre. Je me propose seulement de rechercher la loi qui préside à l'économie respective de la fibre tendineuse et de la fibre musculaire dans la composition intrinsèque des muscles.

Pourquoi, par exemple, y a-t-il des muscles qui offrent une de leurs faces ou un de leurs bords occupé dans presque toute sa longueur par un tendon, tandis que ce même tendon est tout recouvert de fibres charnues dans un sens opposé ? Cette particularité de conformation est-elle stérile de sa nature et sans résultat ?

Pourquoi, par exemple, les muscles de la partie antérieure de la jambe offrent-ils presque tous un tendon que les fibres charnues abandonnent très-vite en avant, tandis qu'elles le poursuivent très-loin en arrière ?

Si la loi qui préside à ces dispositions était connue, l'étude de la structure des muscles cesserait d'être cette énumération stérile et purement topographique dans laquelle on expose l'incidence des fibres charnues sur les fibres tendineuses, détails presque entièrement dépourvus d'intérêt. Or, on peut, je crois, établir à ce sujet les propositions suivantes :

1.° Il est très-peu de muscles parfaitement rectilignes.

2.° Presque tous, au contraire, présentent des flexuosités ou courbures, d'où résulte que leur action n'est presque jamais directe.

3.° Il n'y a presqu'aucun muscle qui, dans sa contraction, ne se réfléchisse pas d'une manière plus ou moins prononcée, soit sur une surface osseuse, soit sur un anneau tendineux, et dans cette réflexion il exécute, non pas un glissement simple, mais un glissement avec pression ou frottement.

4.° Parmi les muscles il en est qui ne glissent avec frottement que par un seul de leurs côtés; il en est qui peuvent glisser alternativement d'un côté ou d'un autre, suivant l'état dans lequel se trouvent les articulations que ces muscles avoisinent. Mais les muscles à double surface de frottement sont beaucoup moins nombreux que les autres.

J'ai remarqué que dans un muscle à surface de frottement unique la partie tendineuse ou albuginée du muscle se prolongeait beaucoup plus loin du côté de la surface de frottement que du côté opposé.

Quelle est, par exemple, pour les muscles de la partie antérieure de la jambe, celui de leur bord qui glisse avec pression quand ces muscles se contractent? ce n'est pas leur bord postérieur. En effet ces muscles tendent évidement à faire saillie en avant; leur effort de frottement s'exerce donc contre le ligament annulaire du carpe. Eh bien! tous sans exception ont une surface albuginée beaucoup plus étendue en avant qu'en arrière.

Les muscles psoas et iliaque présentent de même leur surface de réflexion en arrière, sur le rebord de l'os coxal. Or, c'est en arrière que vous voyez se prolonger leur partie albuginée, tandis qu'en avant la partie albuginée du muscle occupe une étendue beaucoup moins considérable.

Le muscle obturateur interne, offre une des applications les plus frappantes de cette loi de la constitution musculaire. De ses deux surfaces l'une se réfléchit sur la petite

échancrure sciatique, l'autre n'exerce aucune pression : or, le tendon de ce muscle se déploie sur la face de glissement dans une étendue quatre fois plus considérable que sur la surface opposée, où l'on voit les fibres charnues revêtir le tendon jusqu'au lieu même de son insertion.

Le muscle poplité offre une disposition parfaitement analogue.

Je ne dois point dissimuler ici que cette loi comporte des exceptions; mais parmi ces dernières il en est qui ne sont qu'apparentes, et qui s'interprètent d'une manière tout-à-fait favorable au sens de la loi que j'ai indiquée, il en est d'autres qui, je l'avouerai, m'ont paru encore insolubles.

Parmi les exceptions apparentes je rangerai surtout la disposition de certains muscles dans lesquels la surface albuginée se prolonge dans une égale étendue sur les deux faces opposées du même muscle, tels sont plusieurs des muscles de l'avant-bras. Voici ma réponse à cette objection : il est des muscles qui peuvent glisser avec pression alternative, soit sur une de leurs faces, soit sur la face opposée, suivant que l'articulation qu'ils avoisinent est dans telle ou telle condition. Tels sont, par exemple, les fléchisseurs des doigts. Lorsqu'en effet la main est fortement étendue sur l'avant bras, si ces fléchisseurs se contractent, il devient évident qu'ils glissent avec frottement contre le carpe, c'est-à-dire, par leur face postérieure; si, au contraire, la main est fortement fléchie sur l'avant-bras, et si les mêmes muscles se contractent, ils ne font plus effort contre les os, mais bien contre le ligament annulaire, c'est-à-dire, qu'ils frottent par leur surface antérieure.

Il serait fastidieux de poursuivre plus loin les applications multipliées de cette loi que je crois pouvoir résumer ainsi. Des diverses surfaces d'un muscle, celle qui glisse avec frottement est celle aussi sur laquelle prédomine le tissu albuginé. En sorte qu'on peut avec une égale certitude et pour

un muscle quelconque, annoncer *à priori* d'après l'examen de ses surfaces celle qui glisse avec frottement, et *vice versà* d'après la connaissance du côté sur lequel glisse un muscle, de quel côté on trouvera la plus grande surface albuginée de ce muscle.

OBS. N.° I. —*Paralysie incomplète du mouvement et du sentiment du côté droit ; perte de la vue. — Tubercules du cervelet et de la protubérance annulaire. Observation recueillie par M.* BELL, *interne à l'hôpital des Enfans-Malades.*

Mourgue (Jean), âgé de 11 ans, d'une forte constitution, a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1833. A cette époque, par suite d'une vive frayeur, éprouvée en voyant un cadavre qu'on retirait de l'eau, il fut pris, disent les parens, de *fièvre cérébrale* qui dura plusieurs semaines : pendant la convalescence, les membres inférieurs s'œdématièrent, et un épanchement se forma dans le ventre. Au mois d'août, il quitta l'Auvergne qu'il avait jusque-là habitée, et vint à Paris. Huit jours après son arrivée, on lui pratique la ponction abdominale : 6 litres de sérosité limpide furent retirés. Au bout d'un mois, nouvelle ponction : évacuation de 7 litres de liquide. Trois semaines après, nouvelle paracentèse. Peu de jours après cette dernière ponction, de nouveaux accidens se manifestèrent. Le malade, qui se plaignait depuis quelque temps d'une douleur vive, lancinante, intermittente, à la région occipitale, fut pris tout à-coup de strabisme : la vue s'affaiblit notablement, et par momens, elle était complètement perdue. L'articulation des sons devint très-difficile ; le malade bredouillait ; la bouche se dévia à gauche ; les membres droits s'engourdirent. Au bout de six semaines, le strabisme et la difficulté d'articuler les sons disparu-

rent. Le malade eut plusieurs fois des vertiges, des étourdissemens, mais sans perte complète de connaissance sans contraction des membres et sans écume à la bouche. Cependant la vue restait faible et la déviation de la bouche devenait de plus en plus marquée. La mobilité était presque abolie dans les membres droits, qui étaient froids et infiltrés. Une quatrième ponction fut faite vers le milieu de novembre ; elle donna issue à quatre litres de sérosité trouble. Le malade fut admis à l'hôpital des Enfans le 21 décembre ; il offrit l'état suivant :

Maigreur générale, pâleur de la face et de toute la peau; céphalalgie occipitale ; déviation de la bouche à gauche et abaissement de la commissure de ce côté ; paralysie incomplète des membres droits. Le jeune malade peut encore faire exécuter des mouvemens à ses doigts ; mais il lui est impossible de soulever le membre, ni de le maintenir élevé. La sensibilité y est très-obtuse ; les réponses justes ; l'articulation des sons est difficile ; la mobilité et la sensibilité des membres gauches sont intactes. La vue est également affaiblie des deux côtés ; la pupille droite est très-dilatée ; la gauche contractée. La langue est large, humide ; point de gêne de la déglutition ; soif assez vive ; il y a de l'appétit ; ventre saillant sur les parties latérales ; la paroi antérieure est molle, flasque, ridée ; pression douloureuse surtout à l'épigastre et au flanc droit ; diarrhée abondante ; 7 à 8 selles liquides, fétides et involontaires, dans les 24 heures. Peau sèche et chaude ; pouls petit, régulier, 124 pulsations. La région du cœur offre un son mat dans une assez grande étendue. L'auscultation n'y fait reconnaître aucun bruit anormal ; toux fréquente ; pas d'expectoration ; gêne très-légère de la respiration. En avant, râle muqueux des deux côtés ; en arrière, retentissement de la voix sous l'omoplate ; expansion faible ; sonoréité normale ; urines briquetées, bourbeuses, rares.

Les jours suivans, les membres droits s'affaiblissent, la

déviation de la bouche augmente ; le ventre n'augmente pas de volume ; l'intelligence est nette ; l'état des pupilles est très-variable, tantôt également, tantôt inégalement dilatées ou contractées ; la céphalalgie occipitale ne revient qu'à des intervalles éloignés.

Dans la nuit du 30 au 31 décembre, délire violent, cris aigus, auxquels succède un collapsus profond. Le 1er janvier, face pâle ; traits altérés. Le malade prononce quelques mots d'une voix très-affaiblie. La vue n'est pas entièrement abolie ; pupilles également contractées, mais nullement modifiées par la lumière. Pouls petit, filiforme ; le ventre paraît diminué de volume. Du 1er au 5 janvier, le malade s'affaiblit graduellement ; il s'éteint sans convulsions et sans agonie dans la nuit du 5 au 6 janvier 1834.

Autopsie 30 heures après la mort. — Aspect général ; émaciation ; décoloration de toute la peau. — *Crâne.* L'arachnoïde cérébrale paraît saine ; pas de liquide dans sa cavité. Dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, surtout du côté gauche, on trouve un liquide transparent et comme gélatineux. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche, ce liquide est couleur lie de vin ; il a coloré l'arachnoïde. Aucune adhérence des méninges avec la substance cérébrale. Les hémisphères cérébraux examinés avec soin n'ont rien présenté. Une petite quantité de sérosité citrine se trouvait dans les ventricules. Les parties centrales sont saines. La substance grise des circonvolutions paraît un peu pâle. Les deux lobes du cervelet sont d'un volume égal. La substance grise ne paraît pas altérée. A la partie latérale externe de chacun des lobes, on trouve une masse tuberculeuse de la grosseur d'une fève ; ces masses ne sont point ramollies ; mais la substance cérébelleuse environnante, paraît d'une consistance moindre que le reste ; pas d'injection autour de ces tubercules. Le lobule moyen du cervelet est occupé par un tubercule, de la grosseur d'une petite noix, également à l'état cru. Il est ren-

formé dans la substance cérébelleuse et ne fait point de saillie à la superficie de l'organe. La protubérance annulaire contient à son centre une masse tuberculeuse, de la grosseur d'une noix, non ramollie. La substance environnante est moins consistante que celle de la superficie. Le tubercule se prolonge jusque dans le pédoncule du gauche. Le pédoncule cérébelleux du côté droit est occupé par une autre masse, de la grosseur d'une noisette. Tous ces tubercules sont à l'état cru, présentant la couleur jaune-verdâtre des tubercules des centres nerveux. La paroi antérieure et supérieure du ventricule du cervelet en présente aussi un du volume d'une noisette, environné de substance médullaire non ramollie.

Poitrine.—Le poumon gauche présente à son sommet un tubercule cru du volume d'un pois. Le reste de son étendue est farci de granulations miliaires, qui sont moins nombreuses à la partie inférieure. Le poumon droit ne contient qu'une multitude de granulations grises également plus nombreuses au sommet qu'à la base. Les glandes bronchiques sont tuberculeuses. Le péricarde a l'épaisseur de deux lignes environ : cette épaisseur est due à des fausses membranes jaunâtres, comme graisseuses et granuleuses, qui le revêtent à l'intérieur et qui recouvrent le cœur. Elles ont sur cet organe l'épaisseur de plusieurs lignes ; le cœur est sain.

Abdomen. — La cavité du péritoine contient un verre environ de liquide trouble et briqueté. Des adhérences peu solides unissent le colon transverse et l'estomac à la paroi abdominale antérieure ; les circonvolutions de l'intestin grêle sont unies par de légères adhérences ; le péritoine viscéral offre une teinte noirâtre, surtout au-dessus de l'ombilic.

La muqueuse de l'estomac est d'un blanc-rosé, un peu ramollie, surtout au niveau du grand cul-de-sac. Vers la fin de l'intestin grêle, on rencontre de nombreuses ulcérations qui ne pénètrent pas au-delà de la muqueuse ; la valvule iléo-cœcale est noirâtre et garnie d'ulcération ; celles-

ci augmentent en nombre dans le colon ascendant et trans verse où elles deviennent annulaires et intéressent la tunique musculeuse de l'intestin.

Le foie, le pancréas et la rate ne présentent rien de remarquable. Le rein droit est dans l'état normal ; le rein gauche est transformé en kyste urineux ; les substances corticale et mamelonnée sont atrophiées. Un calcul est engagé dans l'uretère à environ 3 pouces du rein ; il s'oppose complètement à l'écoulement de l'urine ; l'uretère a au-dessus de l'obstacle le volume de l'intestin grêle. La vessie, qui est saine, présente à sa partie supérieure et postéeurere une ulcération tuberculeuse. Appareil génital dans l'état normal.

OBS. N° II. — *Observation d'une portion de doigt coupée entièrement, séparée du corps pendant plus de demi-heure, et réunie d'une manière incomplète ; par M.* BEAU, *interne à la Salpétrière.*

Lesujet de cette observation est une fille de service, de la section des épipleptiques à la Salpetrière, nommée Marianne Donné, âgée de 41 ans, remarquable par un tempérament sanguin bien prononcé, une constitution robuste, et l'expression toute virile de la physionomie. Cette femme nous dit qu'elle a *bonne charnure*, et qu'elle a toujours vu se cicatriser avec une grande promptitude les plaies diverses qui l'affectaient assez souvent quand elle vivait au milieu des travaux de la campagne où elle a passé la plus grande partie de sa jeunesse.

Le 7 septembre 1833, à six heures un quart du matin, elle était dans une salle basse et mal éclairée, occupée à couper le pain des malades de la section ; elle se servait de cette espèce de couteau qui est d'un côté articulé avec un anneau fixé dans la table qui le supporte, et de l'autre, muni d'une poignée en bois que l'on saisit pour le faire agir en levier du 2me genre. Habituée depuis long temps à cette opération

quotidienne, elle la poursuivait avec rapidité et comme machinalement, lorsque, tout-à-coup, l'instrument mal dirigé, vient tomber perpendiculairement et avec force sur le pouce de la main gauche, qui était en ce moment appliqué par la face palmaire sur la partie supérieure d'un morceau de pain; ce doigt est entièrement divisé, et son extrémité séparée est lancée à plusieurs pouces de distance sur la table. A ce coup, Douné pousse un cri de surprise et de douleur, et la vue de son pouce mutilé la fait tomber en syncope. La surveillante arrive au bruit de l'accident, on lui présente le bout de doigt qu'elle fait jetter à terre; la portière de la division le ramasse, et le serre dans un morceau de papier. Cependant on court chercher l'interne de garde, mais le hazard veut qu'il soit en ce moment appelé auprès d'une malade; on se décide alors à attendre mon arrivée. Il est environ six heures et demie : M. Fontenot élève en pharmacie se présente le premier à l'infirmerie; on y fait monter Marianne Douné qui est revenue depuis quelques minutes de sa syncope. Le sang sort assez abondamment de la plaie. M. Fontenot se contente d'entourer le pouce d'un gâteau de charpie maintenu par une bande. J'arrive enfin un peu avant six heures trois-quarts; à mon entrée dans la division, la portière se présente à moi, me raconte brièvement l'accident qui vient d'avoir lieu, et me remet le papier dans lequel a été recueilli le bout de doigt coupé. Je me rends à l'infirmerie, j'y trouve notre fille de service assise, un peu pâle, la figure sensiblement altérée, le pouce enveloppé dans une masse de charpie ensanglantée; j'enlève cette charpie, et j'observe une plaie nette, occupant toute l'épaisseur du pouce légèrement oblique de la face dorsale à la face palmaire et de haut en bas (1), placée au

(1) Je fais observer, pour l'intelligence de ces détails descriptifs, que je suppose le pouce placé comme pour son exposition anatomique, c'est-à-dire la base en haut et le sommet en bas.

peu au dessous de la partie moyenne de l'ongle qui est coupé en cet endroit par une ligne parallèle à son bord supérieur. A chaque battement du pouls, il en sort un jet délié de sang; pour l'arrêter je fais plonger la main dans l'eau froide. Je prends, dans le papier que m'a remis la portière, le bout de pouce, pâle, exsangue, froid; sa longueur est dans la partie moyenne de trois lignes à la face dorsale, et a trois lignes et demie à la pulpe; sa plaie est aussi nettement taillée que celle du doigt, mais elle est recouverte d'une poussière que l'humidité de sa surface y fait adhérer. Alors seulement, les faits du mémoire de M. Piedagnel se présentent à mon esprit, et me déterminent, malgré l'intervalle considérable écoulé depuis la séparation des parties, à en tenter la réunion. Pour cela je commence par plonger le bout de doigt dans l'eau tiède, je le frotte légèrement et à plusieurs reprises pour enlever la poussière qui le tache; mais je ne peux pas y parvenir complètement, il en reste toujours une teinte grisâtre sur l'extrémité coupée de la phalangette que je remarque sous l'ongle, et à laquelle je fais exécuter avec la pointe d'un canif, des mouvemens obscurs au milieu du tissu mou de la pulpe. Je retire de l'eau la main que j'y avais fait plonger, je l'essuie ainsi que le bout séparé, j'exprime avec une éponge fine le peu de sang qui sort encore par la plaie, et je me hâte de mettre en rapport les surfaces coupées qui coïncident parfaitement dans tous leurs points. Cette coaptation n'a lieu que 6 ou 7 minutes après mon entrée à l'infirmerie, demi-heure au moins depuis la séparation des parties. Je les assujettis de la manière suivante : j'applique le milieu d'une bandelette de diachylon sur l'extrémité du pouce maintenue en place par M. Fontenot; je prolonge les deux chefs de la bandelette sur les faces dorsale et palmaire du doigt, et jusque sur les parties correspondantes de la main; une seconde bandelette est mise perpendiculairement à la précédente, et de la même manière qu'elle, sur les faces latérales du

doigt; deux autres sont placées en diagonale sur les deux premières, et prolongées dans l'intervalle qu'elles laissent entre'elles; enfin, je maintiens ces quatre bandelettes par une cinquième plus longue, que j'applique sur elles en spirale depuis l'extrémité du pouce jusqu'à sa base. De cette manière le doigt est comme cuirassé par le sparadrap qui le recouvre dans tous les points; je mets par dessus un gâteau de charpie assez épais, maintenu par une compresse taillée en croix de Malte, et le tout est fixé par une bande étroite que je déroule autour du pouce et du poignet, et dont les tours tiennent les uns aux autres par des points de couture.

Ce pansement est fait devant M. Fontenot qui m'a beaucoup aidé, devant les deux surveillantes de la division, et plusieurs filles de service. M. Petit, chef du service, arrive quand tout est fini; il approuve la tentative que j'ai faite, et les moyens que j'ai employés pour obtenir la réunion.

Toute la journée du 7, la malade, le bras en écharpe, se promène dans les cours de l'établissement pour chercher à se distraire de la vive douleur pulsative qu'elle éprouve dans le pouce et jusque dans l'épaule; cette douleur l'empêche de dormir la nuit. Le 8, il y a, de plus, de la fièvre, de la soif; la nuit est cependant un peu meilleure que la précédente. Le 9, l'état fébrile a diminué. Le 10, il n'y a presque plus de douleur, les nuits deviennent excellentes, etc..... Cette amélioration de l'état de la malade me confirme dans l'intention où j'étais de ne lever le premier appareil qu'au bout d'une huitaine de jours, pour ne pas m'exposer à détruire, par les manœuvres d'un pansement trop précipité, des adhérences encore mal organisées peut-être.

Le 15, il n'y a plus aucune douleur; j'enlève les pièces d'appareil, j'observe que la charpie est sèche, il y a sous les bandelettes un peu de sang noirâtre, putréfié, qui répand une odeur fétide. Je vois avec plaisir que le bout du

doigt a contracté adhérence, mais aussi je remarque que cette adhérence est faible, qu'elle n'existe qu'à la face palmaire, car à la face dorsale les parties sont susceptibles d'un léger écartement. L'ongle et l'épiderme de la partie réunie sont noirs. Il n'y a aucune trace de suppuration. J'enlève avec une spatule la couche légère de sang putréfié, et à l'instant la mauvaise odeur disparaît. Je fais plonger pendant deux ou trois minutes le pouce dans du vin chaud et je panse comme la première fois.

Le 18; il n'y a ni odeur, ni suppuration; les adhérences sont plus fortes, mieux organisées qu'au dernier pansement; il y a un peu de liquide séreux, noirâtre, entre les bords de la section de l'ongle. (Même pansement).

Le 20; en touchant le bout de l'ongle, je lui imprime des mouvemens qui se communiquent en totalité à l'épiderme qui lui est contigu; j'ai lieu de croire qu'il n'existe plus d'adhérence entre ces parties et les sous-jacentes, je cherche à les enlever: à cet effet, je saisis l'ongle avec une pince, et je le détache sans tiraillement, ainsi que l'épiderme qui forme par sa continuation avec lui une calotte noire indiquant la forme et à-peu-près l'étendue du bout de doigt réappliqué. Celui-ci est maintenant à découvert de toutes parts et se présente dans l'état suivant: à la partie dorsale, le sommet de la phalangette ne s'est pas réuni au reste de l'os, il est nécrosé, noir, mobile, retenu en place par des parties molles gangrenées, l'escharre grisâtre, très-adhérente, forme autour et en bas de lui un fer à cheval d'une ligne de largeur; la surface correspondante du corps de la phalangette est lubréfiée par du liquide escarrotique; elle est nue, sans aucune apparence de bourgeon sanguin. A la partie palmaire et latérale, la peau se continue dans tous les points avec celle du reste du pouce; l'endroit de réunion est indiqué par une ligne demi-circulaire, peu marquée, placée sous le contour de l'épiderme qui fait, depuis que celui du bout de doigt a été enlevé, une

saillie d'une demi-ligne. Cette peau est rouge, lisse, figurée en un croissant dont la largeur est de deux lignes et demi dans la partie moyenne, et qui diminue régulièrement de chaque côté, jusqu'à une ligne en dedans de l'ongle où elle disparaît; ses deux angles de terminaison forment, avec la partie de la plaie du pouce qui n'a pas contracté adhérence, les trois parois de la petite fossette où est retenu le bout de la phalangette nécrosé. Ce jour là j'ai conduit la malade à M. Cruveilhier, qui a bien voulu examiner attentivement l'état des parties que je viens de décrire; il s'est même servi d'une épingle pour exercer sur l'escarre, une traction qui, bien que légère, a déterminé la sortie d'une d'une ou deux gouttelettes de sang. (Bains de vin chaud; charpie).

Le 21; pour la première fois couche légère de pus, et développement de petits bourgeons sanguins sur la surface coupée du corps de la phalangette. Je soulève l'os nécrosé, et je tranche les brides qui le retiennent à l'escarre; la cavité qui le contenait est alors vide; et bornée en bas par l'escarre dont la forme, l'aspect et l'adhérence sont les mêmes qu'hier; MM. Maisonneuve et Olivieri, internes de la Salpétrière, sont témoins de ces particularités; ils voient encore la ligne circulaire qui retrace l'endroit de réunion des parties.

Le 22, la cavité, observée la veille, s'est comblée en partie, il n'y a plus à sa place qu'une dépression rougeâtre, couverte d'une mince couche de pus; l'escarre est détachée dans la moitié de son étendue. Je m'assure ce jour-là de la sensibilité du bout de doigt revivifié, en touchant sa face palmaire avec une barbe de plume; bien qu'ayant la tête détournée, la blessée sait nous dire chaque fois que sa peau est en contact avec l'excitant léger que je promène sur elle à plusieurs reprises.

Le 23, l'escarre est sèche, mobile. Je l'enlève : il y a

maintenant une plaie entièrement plane, rouge, couverte de pus, longue de trois lignes, large de deux.

Le 24, la plaie n'a plus qu'une ligne de largeur, une ligne et demie de longueur.

26. Il n'y a plus qu'une petite plaque ronde non cicatrisée, rouge, mollasse, d'une demi-ligne de diamètre.

27. La cicatrisation est complète.

12 octobre. L'épiderme, qui faisait une saillie au dessus de la ligne de réunion, est tombé; cette ligne de réunion n'est plus visible; la peau de bout du pouce privée de l'appui intérieur du sommet de la phalangette qui a été enlevé, est diminuée de largeur, revenue sur elle-même, et un peu attirée sous l'ongle, par le travail de cicatrisation.

2 décembre. Le pouce gauche a son sommet conformé comme celui du côté droit; seulement il est un peu moins convexe, et la dernière phalange est plus courte que l'autre, de toute la longueur de la portion d'os nécrosé, c'est à-dire d'une ligne et demie. L'ongle a repris son étendue ordinaire, et recouvre toute la partie cicatrisée à laquelle il adhère.

Tels sont les détails peut-être minutieux de cette observation; j'ai cru devoir les rapporter en entier, parce que lorsqu'il s'agit d'un fait regardé d'avance par plusieurs comme impossible, on ne saurait noter trop exactement toutes les particularités qu'il a présentées. Cependant malgré cette abondance de détails, il est facile d'en dégager les circonstances principales que l'on peut résumer ainsi : 1° le 7 septembre, l'extrémité d'un pouce divisé totalement aux environs de la partie moyenne de l'ongle, après avoir été séparée du corps pendant plus de demi-heure, a été remise en place et maintenue par des bandelettes de diachylon. 2° le 15, c'est-à-dire huit jours après, cette extrémité a été trouvée réunie au doigt dont elle avait été séparée, par une adhérence qui, faible ce jour là, était beaucoup plus solide le 18. 3° l'ongle et l'épiderme se séparent des parties sous-jacentes et laissent à nu le sommet de la phalangette,

nécrosé, retenu en place par une petite escarre adhérente aux parties molles, qui seules sont réunies vitalement aux parties molles correspondantes du doigt. 4° le 21, j'enlève l'os nécrosé, l'escarre ne se détache que le 23; la cicatrisation est complète le 27, 20 jours après la séparation de l'extrémité du pouce, et six jours seulement après la première apparition du pus.

On pourra faire l'objection suivante contre le fait le plus important de cette observation, c'est-à-dire contre la réunion de la partie séparée, on pourra dire : 1° que rien ne prouve que la gangrène n'ait pas envahi tout le bout du pouce, qui se sera mortifié en entier; 2° que ce que j'ai pris pour la peau de la pulpe, n'était qu'une masse de bourgeons charnus développés sur la plaie du pouce, et cicatrisés pendant que les parties étaient cachées, soit par les pièces de pansement, soit par la calotte épidermique qui les recouvrait. A cela je réponds : 1° que s'il y a eu gangrène, cette gangrène était fortement adhérente aux tissus vivans; or, il serait contraire à toutes les lois de la vie et à tous les résultats des faits généralement observés, de supposer que le bout du doigt, quoique entièrement gangréné, eût pu contracter adhérence avec des parties vivantes; donc cette gangrène n'est que la mortification d'une portion de l'extrémité séparée qui ne s'est réunie que dans quelques points de la surface coupée. La seconde partie de l'objection ne me paraît pas plus sérieuse que la première : comment en effet supposer une production de bourgeons charnus de deux lignes et demie de hauteur, sur une plaie de six lignes de diamètre, dans un intervalle de dix jours, et sans qu'il y ait eu la moindre trace de suppuration? comment expliquer leur communication avec la portion d'os nécrosé, au moyen de la petite escarre qui leur adhérait dans tous les points? comment aussi se rendre compte de la vive sensibilité dont jouissait cette prétendue masse de bourgeons? On ne peut s'en rendre compte qu'en recon-

naissant que l'on a eu affaire à une peau vivifiée, sensible, adhérente d'un côté au doigt qui la nourrissait, et de l'autre à la petite escarre qui couronnait le sommet du pouce.

Quant à l'explication de la mortification partielle du bout du doigt, on peut hazarder la suivante; on peut dire que la poussière détrempée qui remplissait les mailles de la partie coupée du sommet de la phalangette, se sera opposée à la réunion des deux surfaces osseuses; dès-lors, l'os nécrosé, agissant comme corps étranger, sur un tissu peu vivant, et presqu'incapable de réaction, aura déterminé la gangrène de ce tissu, dans l'endroit le plus éloigné du centre circulatoire, c'est-à-dire dans le sommet de l'extrémité réappliquée.

Un autre fait assez semblable à celui que je viens de rapporter, quoiqu'ayant pour objet une réunion encore moins complète, m'a été communiqué par M. Desprès, interne à la Salpétrière; je ne puis m'empêcher de le consigner ici avec les détails suivans, que l'on m'a pour ainsi dire dictés. En juin 1832, un garçon tonnelier de l'entrepôt, âgé de 16 ans, étant occupé à tailler un cercle de tonneau, se coupa entièrement le doigt indicateur gauche, dans l'articulation de la dernière phalange. Il mit son bout de doigt dans un morceau de papier, et se rendit à l'Hôtel-Dieu. Il arriva un peu avant la fin de la visite, de sorte qu'il fut obligé d'attendre quelques minutes pour que M. Desprès, alors interne dans le service de chirurgie de cet hôpital, pût le panser. Le bout du doigt fut d'abord déposé quelques instans dans l'eau tiède, puis remis en place, demi-heure environ depuis la séparation des parties; et il fut maintenu par des bandelettes de diachylon. Le malade souffrit beaucoup le premier jour, et surtout la nuit suivante qu'il passa sans dormir. La douleur se calma ensuite peu à peu, et le 10me jour l'appareil fut levé; on ne remarqua aucune trace de suppuration ni sur les pièces de pansement, ni sur le doigt; le bout réappliqué était adhérent, mais d'une manière peu solide, et

susceptible de mouvemens obscurs lorsqu'on exerçait des tractions sur lui ; il était terne, blafard, flétri, un peu noirâtre sous l'ongle. Le jeune homme fut amené au milieu de l'amphithéâtre, devant M. Dupuytren qui, à l'aspect peu satisfaisant de la partie, dit à l'interne qui le lui avait amené : « Vous voyez bien que ce n'est pas réuni, » et à l'instant il saisit l'extrémité du doigt en exerçant sur elle un mouvement de rotation qui enleva l'épiderme et l'ongle sous forme de cône, et décolla le bout du doigt dans quelques points de la partie antérieure. M. Desprès, déconcerté par l'apparence d'un insuccès, conduisit son malade dans la salle voisine, et là acheva de détacher le bout de doigt, sur la vie duquel il croyait ne devoir plus compter ; mais à l'instant le sang sortit en certaine quantité de la plaie.

Trois choses dans ce fait me semblent prouver d'une manière irréfragable la réunion vitale de la partie séparée, ce sont ; l'absence complète de suppuration pendant dix jours, l'adhésion de l'extrémité réappliquée, et la rupture de vaisseaux sanguins lorsqu'on l'a détachée du doigt auquel elle tenait. Au reste, ce fait de réunion présente des points importans de ressemblance avec celui que j'ai rapporté, savoir : l'intervalle de demi-heure écoulé entre la séparation et la réunion des parties, l'adhérence faible encore le 8me et 10me jour, la mortification et la chute de l'épiderme et de l'ongle. On doit en conclure pour la pratique, 1° qu'on peut toujours tenter la réunion des bouts de doigts entièrement coupés, lors même qu'il se serait écoulé une demi-heure depuis l'accident qui les a séparés, 2° qu'il ne faut pas se hâter de lever le premier appareil, que l'on n'a rien à risquer en le laissant quelques jours de plus, et tout à perdre en l'enlevant trop tôt. 3° Qu'il ne faut pas s'en laisser imposer ni par l'aspect chagriné, noirâtre, mortifié, de l'épiderme qui doit tomber nécessairement, ni par le peu d'adhérence de la partie, pourvu que l'extrémité réappliquée ne tombe pas à

la levée des bandelettes ; il ne faut désespérer de rien et continuer à la maintenir en place le mieux possible.

Pour terminer, mon observation diffère des autres faits de doigts coupés entièrement et réunis, en ce que le temps de séparation des parties a été considérable, que les surfaces osseuses n'ont pas contracté adhérence entre elles, et que la conservation de la sensiblité cutanée y a été prouvée directement.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur les maladies du pancréas et du duodénum ; par le docteur R. BRIGHT (1).

Le docteur Bright, qui a donné son nom à une affection des reins très-grave et complètement inconnue avant lui, a dirigé ses recherches vers un organe dont la pathologie est encore moins avancée, le pancréas. Son mémoire (*Cases and observations connected with disease of the pancreas and duodenum*) a surtout pour objet de rechercher quelle peut être la valeur d'un symptôme auquel jusqu'à présent on a fait peu d'attention. Ce symptôme consiste dans un état particulier des évacuations alvines dont une partie plus ou moins considérable présente les caractères d'une substance huileuse ou graisseuse. Tantôt cette matière sort isolément des intestins, tantôt elle sort en même temps que les fèces et s'en sépare promptement. Elle surnage et forme à la surface une croûte épaisse, surtout vers les bords du vase, si les fèces sont demi-liquides ; ou bien elle flotte en simulant des globules de suif qui auraient été fondus et qui se seraient figés ; quelquefois enfin elle figure une mince

(1) *London Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XVIII, part. I.

pellicule graisseuse qui enveloppe toute la masse, ou qui est déposée sur le liquide dans lequel les fèces solides et moulées sont contenues.

Cette matière graisseuse a une légère teinte jaune et une odeur très-fétide. Le docteur Bostock, qui l'a analysée, pense que c'est de l'adipocire. Voici du reste les faits encore peu nombreux sur lesquels le docteur Bright appuie ses considérations.

Obs. Ire. — Un commis âgé de 49 ans, sobre et régulier dans sa conduite, fut pris, en mars 1827, des symptômes du diabètes : soif excessive, urines très-abondantes, etc. En septembre, il fut atteint de jaunisse, et fut traité d'après des méthodes très-variées, par divers praticiens. En décembre, il était confié aux soins du docteur B. Babington. L'urine était évidemment diabétique; la soif et l'appétit étaient considérables. On lui prescrivit une alimentation animale, avec quelques semences et quelques plantes herbacées, et le sous-carbonate de soude. La quantité de l'urine diminua sous l'influence de ce régime, et, le 15 décembre, la jaunisse étant devenue considérable, le calomel (blue pill) et le taraxacon furent prescrits. Le 24 décembre, la peau était encore jaune; mais l'urine n'était plus diabétique, et il ne s'en évacuait que six pintes dans les vingt-quatre heures. Le foie était induré et descendait à trois ou quatre pouces au-dessous des côtes. La vésicule biliaire était énormément distendue. La bouche fut affectée par le mercure. Le 28, le malade commença à rendre par l'anus une grande quantité de *matière graisseuse jaunâtre, ressemblant beaucoup à du beurre qui se serait figé après avoir été fondu*. Cette évacuation suivait celle des excrémens. On substitua la *liquor potassæ* au carbonate de soude. Le 31, il n'y avait plus d'évacuations graisseuses; mais la faiblesse et l'émaciation firent des progrès rapides; le caractère des évacuations était mauvais, et le 8 janvier 1828 les selles graisseuses reparurent. Le malade vécut

toutefois jusqu'au 1.er mars, et mourut dans un épuisement complet.

Autopsie. — L'abdomen contenait plus d'une pinte d'un liquide couleur olive très-foncée. La vésicule biliaire était distendue par de la bile très-noire. Le fond de cette poche faisait une saillie en avant quand on enleva les parois abdominales. Le foie offrait une couleur olive foncée due à l'imprégnation de la bile. Les conduits biliaires étaient considérablement dilatés. Le conduit cholédoque était assez large pour admettre facilement le petit doigt; sa surface interne offrait un aspect alvéoliforme ou réticulé, et se terminait en cul-de-sac dans la substance altérée du pancréas. A son extrémité oblitérée se trouvait une masse blanche et inégale formée probablement par une déposition de fibrine ou de cholestérine.

La tête du pancréas réunie aux glandes voisines formait une masse globulaire, dure, autour de laquelle tournait le duodénum, et à laquelle cet intestin, ainsi que le pylore, était solidement adhérent. En deux endroits où le pancréas et le duodénum étaient agglutinés ensemble par la maladie, se trouvaient deux ulcérations à bords durs et squirrheux, intéressant toute l'épaisseur de l'intestin. L'une d'elles était de la grandeur d'un schelling, l'autre n'était pas plus large qu'une petite pièce de deux sous. Le pancréas était dur et cartilagineux au toucher; il offrait une couleur jaune brillante.

En incisant le foie on obtenait une surface qui ressemblait à un beau porphyre vert foncé et grenu, ou bien à un granit d'Aberdeen très-foncé. Les conduits biliaires qui, comme il a été dit, étaient dilatés dans toute leur étendue, étaient remplis de bile qui s'en échappait quand on les incisait. En différens points du foie, on trouva quelques masses irrégulières très-consistantes, mais infiltrées dans la substance de l'organe, et n'offrant point les apparences de tubercules circonscrits. L'estomac était légèrement injecté.

La rate n'avait aucune altération de texture, mais sa surface extérieure était rendue inégale par des dépositions cartilagineuses. Les intestins étaient à-peu-près à l'état normal; ils avaient un peu perdu de leur transparence, et leur tunique interne était pâle. Les reins paraissaient sains à l'extérieur, mais la substance tubuleuse était hypertrophiée, et dans quelques-uns des tubes s'était déposée de la fibrine ou une matière calculeuse qui donnait lieu à de petites taches blanches. Le bassinet n'était pas injecté, mais il était coloré par la bile. La membrane muqueuse de la vessie était parfaitement saine. L'aorte et les artères iliaques primitives offraient plusieurs plaques osseuses entourées de taches noires; dans ces endroits la surface interne de ces vaisseaux avait été détruite par l'ulcération.

Obs. IIe. — Une femme âgée, de 50 ans, entra à l'hôpital de Guy, le 19 novembre 1828. Sa peau était fortement colorée en jaune; elle était considérablement amaigrie, ses selles étaient de la couleur de l'argile, elle éprouvait de temps en temps de vives douleurs dans les intestins, son urine était colorée d'une manière remarquable par la bile. Trois mois auparavant, elle avait ressenti dans l'abdomen des douleurs violentes accompagnées de diarrhée; les alimens étaient rendus sans être digérés. Ces douleurs n'avaient pas cessé de revenir par intervalles lorsqu'elle entra à l'hôpital. La pression les diminuait. A cette époque, la peau était jaune depuis six semaines. Le docteur Bright pensa que les symptômes étaient dus à une compression exercée à la fois sur les conduits biliaires et sur le pylore, et qui ne laissait aucune chance de guérison. Il prescrivit des pilules de mercure et d'aloès composées. Quelques jours après, il remarqua que les selles étaient couvertes de petites masses graisseuses arrondies, plus grosses que des pois; il les attribua à une dose d'huile de ricin que la malade avait prise; mais celle-ci affirma qu'elle avait rendu souvent des selles semblables sans avoir pris d'huile

de ricin. Le 5 décembre, on lui prescrivit le taraxacon. Elle languit jusqu'au 16 février de l'année suivante.

Autopsie faite le 18 *février* 1829. — Coloration générale de la peau en jaune-foncé, passant en quelques endroits au brun-verdâtre, et imitant assez bien la couleur basanée des créoles. Émaciation générale, mais moins avancée que dans beaucoup d'autres cas; sur l'abdomen se trouvait une quantité considérable de graisse d'un jaune-foncé.

Les poumons étaient sains, à cela près qu'en arrière ils étaient limités par des adhérences étroites, et que toute eur surface était légèrement colorée par la bile. Le cœur était sain, mais petit et peu ferme.

En ouvrant l'abdomen, on trouva l'épiploon assez chargé de graisse. Le péritoine n'offrait ni maladie ni adhérences, excepté à la face supérieure du foie, qui était unie en plusieurs endroits au diaphragme par de longues adhérences.

La cause de la compression des conduits biliaires était évidente. En plaçant la main auprès du pylore, on sentait une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur était constituée, non par les glandes voisines, mais par la tête du pancréas, qui formait une masse jaune, *semblable à un pis de vache bouilli*, presque cartilagineuse. Son tissu était uniformément dur et résistant; tout le reste du pancréas participait à cette altération, mais en un moindre degré. La tête du pancréas était unie d'une manière inséparable avec le duodénum; la surface interne de cet intestin était inégale et ulcérée; l'ulcération avait causé l'érosion de toutes les tuniques; cette surface, dans l'endroit correspondant au pancréas, était ramollie, et légèrement jaune, et communiquait avec la tumeur même qui, en ce point, était irrégulièrement ramollie et suppurait dans un étendue de la largeur d'une petite châtaigne. Au milieu de l'ulcération, un petit corps faisait saillie comme

un mamelon ; c'était l'orifice du canal cholédoque. Ce canal était encore perméable, car en pressant la vésicule, on en faisait sortir la bile épaisse. Mais il était évident que cette perméabilité s'était rétablie récemment par l'ulcération de son orifice, ou par celle de la masse indurée dans laquelle il avait été enveloppé, ou bien qu'il avait été dans un état de compression ; car la vésicule contenait plus de quatre onces de bile épaisse, vert-foncé, qui avait donné à la membrane interne la coloration la plus foncée. Ce réservoir n'était cependant pas dans un état de tension, il ressemblait plutôt à une poche un peu flasque, ce qui fit penser au docteur Bright qu'elle avait été plus distendue peu de temps auparavant. La maladie de la membrane muqueuse des intestins occupait le côté externe du sillon correspondant au pylore qui était fortement marqué, mais non squirrheux, quoiqu'en y introduisant le doigt avant de l'avoir incisé, on y éprouvât la sensation d'un rétrécissement, due à l'induration des parties adjacentes.

Le foie avait son volume normal ; il contenait plusieurs tubercules arrondis, répandus çà-et-là, de la grosseur d'un grain de riz à celle d'une noix muscade. Ces tubercules n'étaient pas en grand nombre ; cinq ou six d'entre eux, placés à la face supérieure de l'organe, étaient beaucoup plus durs que la substance du foie environnante, mais ne s'en séparaient pas facilement ; ils semblaient, au contraire, infiltrés dans le tissu du foie que l'on pouvait reconnaître dans leur épaisseur. Les plus gros de ces tubercules étaient mous et jaunes au centre. Le tissu du foie en général était sain, un peu mou, et d'un vert-olive foncée. Les conduits biliaires étaient énormément distendus, ils étaient remplis par une bile fluide et aqueuse.

La membrane muqueuse de l'estomac était comme spongieuse, d'une teinte rougeâtre ; sa cavité renfermait une demi-pinte d'une matière brune, grumeleuse, qui semblait avoir été sécrétée par sa surface. Les intestins n'offrirent

rien de digne d'être noté. La rate était molle, mais saine. Les reins étaient gros et flasques ; ils étaient colorés dans toute leur épaisseur par la bile ; leur membrane muqueuse offrait surtout cette coloration. Les gros vaisseaux parurent sains, ainsi que les glandes lombaires et autres. La vessie contenait un peu d'urine jaune. L'utérus était un peu épais et arrondi ; sa cavité était agrandie ; les glandes situées à son orifice ressemblaient au premier aspect à des vésicules. Elles étaient distendues par un mucus glaireux, presque gélatineux, de couleur jaune, qu'on en exprimait par une forte pression.

Suivant le docteur Bright, il est probable que le pancréas fut d'abord malade, et que la rétention de la bile, ainsi que tous les autres désordres, succédèrent à l'affection de cet organe.

Obs. IIIe. — Jane Davis, âgée de 21 ans, entra à l'hôpital, le 13 juillet 1831, avec un œdème des extrémités inférieures. Il y avait aussi un peu d'eau dans l'abdomen. Sa physionomie exprimait la souffrance, ses lèvres étaient de couleur pourpre, sa face était un peu jaune. Cette femme avait vécu assez irrégulièrement.

Le 14 : évacuation abondante spontanée, de consistance pultacée, avec absence marquée de bile, et *épouvantablement* fétide. Le vase de nuit était complètement rempli ; à la surface, et surtout vers les bords, on voyait une écume mince semblable à une couche de graisse qui se serait rassemblée et figée. La portion la plus liquide des matières contenues dans le vase était légèrement teinte de sang. Quelques portions parurent purulentes. En appuyant la main sur l'abdomen, on trouvait que sa région supérieure était tendue et un peu douloureuse, sur tout du côté droit, où l'on sentait une tumeur dure peu distincte, qui ressemblait un peu au foie. (*Hydrargirum cum creta* ; poudre de Dower).

Cette prescription ne détermina aucune amélioration,

Rien ne fut changé, sauf l'embonpoint qui diminua de plus en plus. Les selles continuèrent à être copieuses, fétides, d'une couleur foncée d'argile, et recouvertes de pellicules de graisse. La malade mourut le 19 du même mois.

Autopsie. — Tout le corps était manifestement coloré par la bile. Quand on ouvrit l'abdomen, il s'en écoula un peu de sérosité jaune. On aperçut aussitôt le foie dont le volume était considérablement augmenté *par distension*; sa couleur était vert-olive foncé. Le fond de la vésicule biliaire faisait saillie; elle était distendue par une bile d'un vert foncé, dont la quantité s'élevait à plus de quatre onces. Les conduits biliaires étaient aussi gros que le petit doigt jusqu'à l'endroit où ils entraient dans le duodénum; là, leur orifice était très-petit, et il fallait une forte pression pour faire passer la bile dans l'intestin. Les intestins, dans toute leur longueur, étaient distendus; vus à l'extérieur, ces organes présentaient en plusieurs endroits des replis et des décolorations indiquant manifestement qu'ils avaient été le siége de quelque désordre; on trouva même une perforation des intestins grêles, assez large pour admettre le petit doigt; mais des adhérences, qui se déchirèrent pendant l'examen, empêchaient l'épanchement des matières fécales.

On trouva, dans l'intérieur des intestins, des excroissances *fongueuses* (fungoid), et des ulcérations qui étaient répandues à des intervalles inégaux depuis le pylore jusqu'au colon; on ne s'est pas assuré s'il y en avait dans le rectum. On pouvait suivre ces ulcérations dans toutes leurs phases. Elles commençaient par de petites élévations, situées en général vers les bords des circonvolutions intestinales, consistant dans une substance jaune-clair ou blanche. Celles qui avaient atteint la grosseur d'un pois avaient une dépression centrale, comme s'il y avait en ce point un commencement d'ulcération. La portion déprimée était plus molle que le rebord qui l'entourait, et si

l'on pressait la petite tumeur entre les doigts, on en faisait sortir une matière blanchâtre puriforme ou cérébriforme. Cette circonstance était beaucoup plus manifeste quand le champ de l'ulcération égalait en largeur une pièce de douze sous. Vers cette époque, ou un peu plus tôt, la surface perdait son aspect brillant et poli ; elle se couvrait quelquefois d'une masse gangréneuse, mais plus souvent d'une couche grumeleuse, noire, formée en apparence par du sang qui avait transsudé et s'était altéré à sa surface. Alors la petite tumeur était élevée de près d'un demi-pouce, ses bords étaient renversés en dedans ou en forme de coupe, et la partie centrale était élevée au moyen de l'espèce d'escarre libre ou par la couche sanguine; ou bien, si ces corps avaient été éliminés, elle était profondément excavée, et menaçait de causer une perforation complète. Dans deux endroits, ces ulcérations fongueuses communiquaient immédiatement avec des *excroissances fongueuses* considérables, probablement des glandes situées à l'extérieur de l'intestin. L'une d'elles était proche de la valvule iléo-colique ; l'ulcération extérieure était recouverte d'une exsudation noire et grumeleuse, et formait l'orifice d'une cavité qui pouvait admettre le doigt et conduisait à une masse dans laquelle les glandes du méso-colon étaient enveloppées. Le duodénum présentait un autre orifice communiquant avec la masse morbide extérieure, de la même nature, mais moins complet.

Les glandes mésentériques, et les capsules surrénales, surtout la gauche, étaient enveloppées dans la maladie.

Les reins étaient sains. L'utérus était sain, mais ses annexes avaient souffert une vive irritation. Les ovaires étaient ridés et contenaient des vésicules (*vesicles*) offrant divers états de maladie.

On ne trouva aucune altération *fongoïde* dans le foie ; son tissu était sain, bien que gorgé de bile. Le pancréas était le siége principal de la maladie. Il formait une masse

dure près de sa tête, puis une portion de sa substance était saine, et il présentait une autre tumeur également dure près de la rate, et enfin il se terminait par une portion saine peu étendue ; de telle sorte qu'il était occupé par deux *tubercules fongoïdes*, qui intéressaient les deux tiers de sa substance. Les limites de ces masses dégénérées n'étaient pas bien manifestes ; elles étaient plus jaunes que le reste de l'organe, et avaient fait disparaître la disposition lobulaire de la glande.

La rate était extrêmement petite.

Les glandes bronchiques étaient altérées de la même manière que le pancréas ; on trouva une tumeur *fongoïde*, arrondie, de la grosseur d'une prune ordinaire, au sommet de l'un des poumons ; elle se confondait avec la substance pulmonaire, et était d'un blanc-jaunâtre.

Le docteur Bright trouve une grande analogie entre les trois cas que l'on vient de lire. Dans chacun en effet une maladie chronique se termine plus ou moins promptement par une jaunisse, accompagnée de déjections alvines offrant une circonstance toute particulière. Les altérations anatomico-pathologiques sont également semblables : obstruction des conduits biliaires, foie gorgé de bile, pancréas cancéreux, ulcération cancéreuse du duodénum. C'est à cette ulcération cancéreuse du duodénum qu'il attribue le caractère particulier des déjections.

Les deux observations suivantes sont opposées par l'auteur à celles qu'on vient de lire :

Obs. IV.e — Un cocher dépérissait et devenait de plus en plus pâle depuis plusieurs mois ; il se plaignait d'une douleur constante, profonde, dans la région épigastrique, et s'étendant jusque dans le dos. Le docteur Bright ne put découvrir aucune tumeur dans l'abdomen, malgré la maigreur du sujet. Il n'y avait ni jaunisse, ni vomissemens, ni maladie du poumon, ni dejections graisseuses. Le pancréas fut trouvé sain, ainsi que le docteur Bright l'avait af-

firmé; mais il y avait des tumeurs squirrheuses dans le foie, dans la capsule de Glisson, et à la petite courbure de l'estomac.

Obs. V.e — Un homme âgé de 50 ans éprouvait depuis plusieurs mois une douleur profondément située dans la région épigastrique; il avait de plus des palpitations et une pulsation abdominale. Il était très-amaigri et pâle. On ne put sentir aucune tumeur. Le cœur était évidemment malade. Les selles n'offraient point de matière graisseuse. Le docteur Bright en conséquence ne s'arrêta point à l'idée d'une maladie du pancréas. Le malade mourut au bout d'un mois.

Autopsie. — On trouva des adhérences anciennes et très-étendues entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire; quelques portions du poumon offraient une hépatisation ancienne; d'autres étaient emphysémateuses; la membrane muqueuse des bronches portait quelques traces d'irritation récente. Le cœur adhérait très-intimement à tout le péricarde, et était hypertrophié dans toutes ses parties. Les valvules mitrales et les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient légèrement altérées.

Le foie renfermait beaucoup de sang qui était distribué irrégulièrement entre les grains glanduleux de cet organe, de manière à leur donner un aspect inégal. Ces grains glanduleux étaient légèrement colorés par la bile. La vésicule était pleine de bile, mais elle n'était pas extraordinairement distendue. Les conduits biliaires étaient libres; mais on ne parvenait qu'avec beaucoup de peine à faire passer la bile à travers leur canal jusque dans le duodénum, ce qui fut attribué à la viscosité de ce fluide. Le pancréas était parfaitement sain, ainsi que les autres viscères abdominaux.

Le docteur Bright rapporte ensuite deux cas qui lui ont été communiqués par le docteur Hull, et dans lesquels on trouva la maladie cancéreuse du pancréas, avec presque

toutes les circonstances consignées dans les trois premières observations, bien que, pendant la vie, il n'y ait point eu d'évacuations graisseuses. En voici un résumé très-succinct.

Obs. VI.e — Une dame âgée de 76 ans, qui avait joui d'une excellente santé, commença, en mai 1827, à éprouver de la douleur dans le dos et dans les côtés, des vertiges, de la diminution dans la vue, des palpitations et de la constipation. A ces symptômes se réunirent bientôt un malaise continuel, une sensation de pesanteur et de distension vers l'estomac, des éructations et des palpitations extrêmement fatigantes. Le pouls et la langue étaient naturels; l'urine était rare et offrait un sédiment briqueté; la peau était sèche; il y avait constipation; la malade ne pouvait rester couchée que sur le côté gauche.

Vers le 28 décembre, les déjections éprouvèrent un changement remarquable. L'urine devint plus foncée; les selles prirent l'aspect d'une argile blanchâtre; la figure de la malade se colora en jaune. La douleur de côté devint plus aiguë, et se fixa en un point. Des nausées s'ajoutèrent aux autres souffrances. La jaunisse se manifesta de plus en plus; vers le milieu d'avril, l'œdème commença à s'emparer des jambes, et il se fit un épanchement dans l'abdomen. Elle mourut épuisée le 1.er juin 1828.

Autopsie. — La vésicule biliaire était énormément distendue. Le conduit cholédoque avait un pouce de diamètre, et était complètement oblitéré à son extrémité duodénale. Elle renfermait environ huit onces d'un liquide noir ressemblant à de la *peinture noire.* Le foie était sain, mais gorgé de bile. L'estomac paraissait sain. Le duodénum était très-épaissi et un peu contracté. Le pancréas était tuméfié et formait une masse squirrheuse, enveloppant l'extrémité du conduit cholédoque. Les autres intestins étaient sains. On n'examina pas la cavité thoracique.

Obs. VII.e — Un homme âgé de 55 ans, consulta le doc-

teur Hull, le 16 juin 1831, pour des tumeurs abdominales. Il en existait plusieurs, mais les deux principales étaient situées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'ombilic. La première, qui ne s'élevait pas tout-à-fait jusqu'au creux de l'estomac, était de la grosseur du poignet; à sa partie supérieure il y avait une portion élastique, que l'on pouvait prendre pour un intestin distendu par du gaz et couché sur la tumeur. La seconde était située au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic, s'élevait vers le rebord des côtes du côté gauche, mais ne s'étendait pas au-dessous, autant qu'on pouvait s'en assurer. Cet homme pouvait marcher et faire ses affaires comme à l'ordinaire, et sa constitution était bonne, mais il accusait une diminution de ses forces, qui faisait des progrès continuels. Dix mois auparavant, après avoir joui d'une bonne santé, on le saigna et on lui fit prendre divers médicamens pour une maladie qui fut regardée comme une hépatite. Le traitement adopté le soulagea, mais il resta faible, et ne se rétablit jamais complètement; il ne s'était aperçu de ses tumeurs que trois mois avant sa consultation. Le docteur Hull pensa que ces tumeurs étaient en rapport avec l'épiploon et le péritoine. Il n'entendit plus parler du malade jusqu'en avril 1832, où il apprit sa mort. Il fut informé que dans cet intervalle de temps il avait eu deux fois la jaunisse, que son urine avait offert une coloration très-foncée; que ses selles avaient été semblables à de l'argile ou à de la levure de bierre; mais qu'on n'y avait point remarqué de substance graisseuse.

Autopsie. — Le foie était sain, sauf un tubercule squirrheux situé sur sa face convexe, et quelques autres plus petits dans sa substance. La vésicule était très-distendue par de la bile consistante et de couleur verte. La tumeur supérieure était une masse dure, unie à l'épiploon, et adhérente aussi à l'estomac. La tumeur inférieure s'élevait de la racine du mésentère, déplaçait les intestins grêles,

embrassait l'aorte et les artères iliaques, le pancréas, les reins, etc. Le pancréas était presque anéanti par l'effet de la compression. Le conduit cystique était distendu par la bile, et presque entièrement oblitéré par la pression. Le conduit pancréatique était dans le même cas. Les masses morbides avaient une forme arrondie et une dureté presque cartilagineuse. Quelques-unes étaient ramollies au centre, quelques-unes ressemblaient au blanc de baleine; la membrane muqueuse du duodénum était malade; il semblait que l'affection cancéreuse commençait à s'y établir. La poitrine ne fut pas examinée.

Le docteur Bright rapporte encore un cas anolague à ces deux derniers.

D'un si petit nombre de faits qui sont loin de s'accorder, il semble qu'on ne soit guère en droit de déduire aucune loi générale; tel est cependant le résultat auquel arrive le pathologiste anglais. Voici comment il raisonne :

En récapitulant les faits qui précèdent, nous n'en trouvons que trois où les déjections graisseuses existassent; dans chacun de ces trois cas, tant de causes morbides étaient combinées, qu'il est nécessaire, en les comparant avec d'autres faits bien connus, de réduire toutes ces causes autant que possible. Pour y parvenir, remarquons, 1.° qu'il est bien connu que l'absence de sécrétion biliaire ne produit point ordinairement le symptôme en question (déjections graisseuses); 2.° que ce symptôme n'est pas produit davantage par une destruction cancéreuse (*fungoid*) et mélanique du foie sans jaunisse, quelque considérable qu'elle soit; 3.° qu'une affection cancéreuse du foie, avec jaunisse, ne le produit pas non plus; 4.° que les maladies moins graves, les inflammations du foie, qui causent la jaunisse, ne sont point caractérisées par ces évacuations; 5.° que les ulcérations étendues de la membrane muqueuse des intestins, déterminées par des maladies autres que celles qui sont décrites dans les trois observations citées, n'offrent

point pour symptôme des déjections alvines graisseuses ; 6.° enfin, que nous avons tout lieu de croire qu'il existe souvent des ulcérations cancéreuses en divers points du canal intestinal, depuis le pylore jusqu'au rectum, mais surtout dans ces deux endroits, sans que ce symptôme se manifeste. Nous sommes donc portés à nous renfermer dans la limite suivante, et à reconnaître que *ce symptôme est probablement causé par une affection cancéreuse de la portion du pancréas qui avoisine le duodénum, et par l'ulcération de même nature du duodénum lui-même.* Telles sont les deux seules conditions qui peuvent être assignées comme particulières aux trois cas mentionnés. Il y a de bonnes raisons pour croire que, dans l'un des autres cas où ce symptôme manquait, l'ulcération entre le duodénum et le pancréas manquait aussi; tandis que dans le cas suivant la maladie du pancréas était séparée du duodénum par une portion saine de la glande, et la membrane muqueuse de l'intestin n'était pas ulcérée. Enfin dans le dernier, la maladie avait probablement son siège plutôt dans les glandes absorbantes que dans le pancréas lui-même. Dans ce cas, toutefois, le duodénum était altéré, le conduit pancréatique était très-dilaté à cause de son oblitération; aussi le fait se rapprochait-il beaucoup de ceux où l'on avait observé les déjections graisseuses.

Hâtons-nous de dire que le docteur Bright avoue aussitôt qu'un tel raisonnement est peu propre à entraîner la conviction, et qu'il est loin lui-même de croire que le symptôme indiqué se lie d'une manière certaine à l'ulcération cancéreuse du pancréas et du duodénum. Du reste, en supposant même que l'observation démontre, ce qui est très-probable, que les vues du pathologiste anglais n'ont point de fondement solide et doivent être rejetées, les faits cités dans son mémoire resteraient toujours comme objet d'étude intéressant pour le pathologiste.

Mémoire sur le débridement à l'extérieur du sac dans la hernie étranglée; par C. ASTON KEY. *In*-8.° *Londres*, 1833. *Traduit et analysé par M.* E. CHASSAIGNAC, *aide-d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, secrétaire de la Société anatomique.*

Le procédé du débridement des hernies à l'extérieur du sac, bien qu'ayant contre lui l'immense majorité des chirurgiens, n'est pas tellement jugé qu'on puisse traiter légèment l'opinion d'un homme qu'une longue expérience a ramené vers ce procédé. Quand bien même on condamnerait les conclusions de M. Key, dans ce qu'elles ont de très-général, on ne saurait méconnaître ce qu'il y a de vraiment consciencieux dans un examen aussi détaillé et aussi profond que l'a fait M. Key de tous les élémens de la question. Dans l'exposé que je vais donner de ce travail, je suivrai une marche différente de celle qu'il a adoptée lui-même, et de celle qui a été suivie dans le *medico-chirurgical Review*. — J'examinerai, 1° les procédés opératoires proposés par l'auteur; 2° les faits cités à l'appui de sa méthode; 3° les objections qui s'élèvent contre elle, et la discussion de ces objections.

1°. *Procédés opératoires.* Pour appliquer au débridement à l'extérieur du sac les procédés généraux de l'opération de la hernie, voici les modifications que M. Key leur a fait subir; nous examinerons ces modifications dans les trois principales variétés de hernies, savoir: les hernies inguinale, crurale et ombilicale.

On doit se proposer, dans l'incision des tégumens, d'intéresser le tissu cellulaire dans une aussi petite étendue que

(1) *A Memoir on the advantages and practicabily of dividing the stricture in strangulated hernia, on the outside of the sac with cases and rawings by* C. ASTON KEY, *senior surgeon to Guy's Hospital*, etc. In-8.° pp. 161. *London*, 1833. — Et *Medico-Chirurgical Review of London*. N.° 39. Jan. 1834; p. 80-92.

possible, afin de diminuer les chances d'inflammation consécutive, et d'éviter qu'elle ne revête la forme érésypélateuse. Dans ce but, on peut, à l'incision en T, employée ordinairement dans la hernie fémorale, substituer le plus souvent une incision simple, soit perpendiculaire au ligament de Poupart, soit transversale à l'axe de la tumeur. Chez les malades qui sont maigres et chez lesquels le collet du sac n'est pas profondément situé, on peut éviter la division du tissu cellulaire qui résulte de la dissection et du renversement des lambeaux. Chez eux l'incision simple pourra suffire, et la suppuration sera moins abondante. Une simple incision transversale n'a suffi que dans le cas où les tégumens étaient lâches et la tumeur peu volumineuse. Le *fascia superficialis* adhère solidement à la peau et se renverse ordinairement avec elle, surtout quand on a incisé sur un pli fait à la peau. Ainsi le *fascia propria* est mis promptement à découvert, et forme la première enveloppe distincte de la tumeur. C'est au dessous de la couche extérieure de ce fascia, que se forme la production cellulaire ou graisseuse, qui prend souvent l'aspect de l'épiploon; la sonde s'introduit facilement sous cette substance jusqu'au collet du sac, qui est situé plus profondément que l'opérateur ne le supposait d'abord. On doit faire glisser la sonde sur le côté interne du sac; car, en ces endroits, il serait plus facile de passer sous l'étranglement. — Il ne faut pas essayer d'arriver d'emblée sous l'étranglement, parce que la rigidité des parties qui le forme ferait obstacle. Le lieu précis de l'étranglement étant déterminé, l'opérateur doit abaisser l'extrémité de la sonde sur le sac qui cède devant elle, et par un mouvement de progression, elle glisse sous l'étranglement.

Dans la hernie inguinale, l'incision devra être pratiquée plus haut qu'on ne le fait dans l'opération par la méthode ordinaire. En commençant au milieu du collet de la tumeur, elle doit s'étendre jusqu'à 1 pouce 1/2 au dessous. L'aponévrose du grand oblique étant mise à nu dans le lieu

où elle forme l'anneau, on doit y pratiquer une petite ouverture précisément au dessus de l'anneau, pour introduire l'extrémité de la sonde cannelée, et permettre à l'opérateur de constater si l'étranglement siége à l'anneau interne ou à l'externe; si l'étranglement occupe ce dernier, la sonde doit être conduite au dessous de son bord, après quoi on le divise dans une étendue suffisante.

Si l'étranglement occupe un point plus élevé, s'il siége au collet du sac, par exemple, le débridement de l'aponévrose doit être fait dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction de la sonde au dessous de l'étranglement profond; on met à nu le bord inférieur des muscles, petit oblique et transverse, et quelques unes des fibres du crémaster; on peut les écarter en déchirant leur tunique celluleuse avec l'extrémité de la sonde, et on fait glisser l'instrument au dessous du muscle transverse jusqu'à ce qu'il atteigne le lieu de l'étranglement. — Quand on introduit la sonde de cette manière, elle reste en avant du *fascia transversalis*, ce qui diminue encore les chances qu'on a d'ouvrir le péritoine et de blesser l'artère épigastrique. Toutefois la ténuité de ce feuillet l'expose à se laisser souvent traverser par l'extrémité de la sonde; on doit abaisser le bistouri sur le sac, afin d'engager sa pointe sous le *fascia transversalis* qu'on divise dans l'étendue nécessaire. Dans cette opération, qui est plus difficile que le débridement de la hernie crurale, la principale difficulté siége dans la séparation exacte du bord inférieur du muscle petit oblique pour faciliter le passage de la sonde. D'une autre part, l'étranglement est moins serré dans la hernie inguinale que dans la hernie crurale, et l'introduction de la sonde sous le *fascia transversalis* ne peut éprouver de difficulté, toutes les fois qu'avant de chercher à passer la sonde sous le fascia, on trouve qu'elle glisse facilement sur le collet du sac.

Les derniers temps de cette opération sont absolument les mêmes dans les cas de hernie très-petite, ren-

fermée dans le canal inguinal. Après le débridement, on peut être dans la nécessité de recourir à une très-forte pression pour réduire les parties contenues dans une hernie inguinale volumineuse, à raison de la distance qui existe entre le collet du sac et le fond de la tumeur, surtout quand l'épiploon fait partie de la hernie.

On doit encore appliquer le même procédé opératoire dans les bubonocèles peu volumineux, dans lesquels la hernie est sur le point d'atteindre à l'anneau externe.

La hernie ombilicale est une de celles qui réclament le plus l'intégrité du sac. C'est en effet une de celles dans lesquelles l'opération ordinaire a les suites les moins heureuses. Le débridement de l'ouverture aponévrotique des hernies ombilicales est facile; il exige beaucoup de précaution à cause de l'extrême minceur du sac : aussi l'opération consiste-t-elle à mettre à découvert avec les plus grands ménagemens la partie de la ligne blanche qui donne passage à la hernie. L'orifice du sac est extrêmement accessible à sa partie supérieure quand la tumeur a une tendance déclive vers le pubis. Le sac, près sa sortie de l'abdomen, ne peut s'étendre uniformément dans tous les sens, mais il s'étend vers la partie inférieure, à raison de la pesanteur des parties contenues : aussi voit-on, dans une hernie ancienne et volumineuse, que l'ouverture de l'aponévrose, bien que petite eu égard au volume de la tumeur, est à peine cachée par celle-ci à sa partie supérieure. M. Key rapporte un exemple de succès obtenu par sa méthode dans un cas de hernie ombilicale.

Sur six observations rapportées par M. Key, deux ont été suivies de mort ; nous en rapporterons deux dans lesquelles l'opération par la méthode de M. Key a été couronnée d'un plein succès.

Obs. Ire — Mme T., âgée de 59 ans, portait une hernie fémorale que M. Key réduisit avec quelque difficulté, et pour laquelle il prescrivit l'emploi d'un bandage. Ce con-

seil fut négligé ; toutefois la hernie ne reparut pas. Deux ans après, le 17 décembre 1832, la tumeur ayant reparu, M. Key pratiqua le taxis pendant vingt minutes sans succès ; la glace fut appliquée jusqu'au soir, et les efforts du taxis renouvelés avec aussi peu de résultats. (Poudre de Dower pour le soir ; lavement avec l'huile de ricin pour le lendemain matin).

Dans la nuit la malade vomit plusieurs fois et, l'abdomen devint sensible à la pression. L'huile de ricin n'avait amené aucune déjection ; l'opération fut immédiatement pratiquée. M. Key mit à découvert le *fascia propria* de la tumeur par une incision cruciale ; et divisant ce fascia de manière à découvrir l'enveloppe graisseuse du sac, il chercha à introduire la sonde vers le rétrécissement. Mais à raison de l'angle formé par la tumeur et le ligament de Poupart, il fallut diviser l'aponévrose plus largement vers le collet du sac afin d'atteindre le lieu de l'étranglement. La sonde fut alors introduite sans difficulté entre l'enveloppe celluleuse du sac et la couche externe du *fascia propria*, et conduite sous l'étranglement. La lame du bistouri fut introduite dans la cannelure de la sonde, et le débridement fut opéré dans la direction de l'ombilic. La constriction de l'intestin cessa immédiatement, car celui-ci, sous la seule influence d'une légère pression exercée sur la tumeur, rentra immédiatement dans la cavité abdominale. Une petite portion de l'épiploon qui restait fut réduite sans peine par une seconde pression aussi légère.

L'opération fut suivie d'une abondante évacuation spontanée. Le 29, il y avait une légère disposition à la diarrhée, et une teinte érisypelateuse régnait autour de la plaie. Toutefois ce symptôme céda, la plaie marcha bien, et le 8 janvier on appliqua un bandage.

Obs. II.e — M.me Z., âgée d'environ cinquante ans, portait, depuis plusieurs années, une hernie crurale qu'elle maintenait avec un bandage ordinaire. Quelquefois

la hernie reparaissait, parce que la pelote ne s'appliquait pas d'une manière exacte. Le 12 janvier, sous l'influence d'un effort, la hernie se réproduisit, mais elle ne s'accompagna d'aucune douleur comme cela avait lieu d'habitude. Peu de temps après, la tumeur devint douloureuse et beaucoup plus dure, produisant une sensation de constriction en travers du ventre et des nausées suivies bientôt de vomissement. Le soir, la douleur était très-vive, et la tumeur offrait une dureté remarquable. Elle semblait remplie de substance solide, non digerée, que l'on pouvait sentir à travers la peau. Tous les efforts de réduction restèrent sans succès. La réduction de la tumeur parut impossible sans le ramollissement préalable des matières solides contenues dans l'intestin; et dont la dureté ne permettait guère d'en espérer le passage à travers l'anneau fémoral. La malade fut saignée jusqu'à syncope. On renouvela les tentatives.

M. Key fut alors appelé et vit la malade le lendemain matin; la tumeur offrait une dureté remarquable, elle était très-douloureuse, de la grosseur d'une petite orange, et accompagnée de symptômes pressans. M. Key, ayant essayé en vain le taxis, procéda immédiatement à l'opération. Aussitôt après le débridement la hernie rentra à la première pression qu'on exerça sur elle. Les nausées cessèrent, mais il n'y eut d'évacuation que le soir et après l'usage d'une potion avec sulfate et carbonate de magnésie. La nuit du 14 fut mauvaise, et le lendemain la malade se plaignit d'une vive douleur abdominale, accompagnée d'une sensation de constriction. Le pouls était à 110. (Sangsues, potion purgative; poudre de Dower pour le soir). La plaie se réunit par première intention, et le 18 la malade était convalescente.

Ce qui fait un des caractères le plus remarquables de l'opération de M. Key, et ce qui répond à plusieurs des objections qui ont été faites à ce procédé, c'est que quand il ne peut être exécuté, soit à cause du défaut d'habileté de l'o-

pérateur, soit à cause de quelqu'autre difficulté inhérente au cas particulier qui se présente, l'opération reste toujours possible par la méthode ordinaire en pratiquant l'ouverture du sac. D'après l'aveu même de M. Key, le chirurgien peut rencontrer parfois des difficultés très-grandes et même insurmontables dans le débridement à l'extérieur du sac; et quelquefois, même après avoir levé l'étranglement, les efforts les mieux entendus peuvent rester impuissans pour opérer la réduction des parties contenues dans le sac. En pareille circonstance, l'opération doit être pratiquée comme si les tentatives de réduction sans ouverture de sac n'avaient pas été faites; et le malade ainsi que le chirurgien ne sont ni l'un ni l'autre dans une condition pire que si le sac avait été ouvert de prime-abord. Ce n'est pas un faible mérite de cette opération, que de laisser, dans le cas où elle échoue, le chirurgien libre d'opérer par l'ancienne méthode. Ici se présente une modification que le chirurgien peut apporter au procédé; elle consiste à faire au sac une ouverture au-dessous du lieu de l'étranglement, à introduire un conducteur au-dessous de celui-ci et ensuite à le diviser. M. Key observe que le débridement à l'extérieur du sac ne comporte pas d'objection dans le cas d'entérocèle récente étranglée. Et il remarque aussi que les seuls cas dans lesquels il est décidément avantageux et nécessaire de recourir à la modification dont il vient d'être parlé, sont 1° ceux dans lesquels l'étranglement offre un degré extraordinaire de constriction à l'anneau interne dans le cas de hernie inguinale, circonstance qui rend impossible la section de l'anneau sans intéresser le collet du sac; 2° ceux de hernie fémorale dans lesquels le collet du sac est épaissi.

On peut invoquer à l'appui du procédé de M. Key l'autorité de Sir Astley Cooper. Cet excellent chirurgien paraît en effet convaincu que quand ce procédé opératoire est employé de bonne heure, il peut être entièrement exempt de

danger et de difficultés. Il observe que par ce moyen on évite le danger de blesser l'intestin, et que dans le cas de lésion de l'artère épigastrique, l'épanchement sanguin ne peut se faire dans la cavité péritonéale. Il recommande ce procédé dans le cas de hernies volumimineuses, comme faisant éviter l'attrectation et le maniement de ces intestins, et laissant moins de chances à la reproduction de la hernie. Il ajoute que le danger de l'inflammation à laquelle expose la destruction des adhérences étendues que contracte l'intestin, doit faire une loi de ne point ouvrir le sac dans les hernies volumineuses et irréductibles.

Je n'ai pas besoin d'insister, dit M. Key, pour établir que le principal avantage du débridement à l'extérieur du sac, est de soustraire le malade aux causes d'inflammation qui menacent les sujets soumis à l'opération par la méthode ordinaire, et qui donnent lieu à des conséquences si désastreuses. La mise à nu des intestins dans un état d'inflammation commençante ou déjà établie, leur attrectation dans des conditions semblables, l'incision faite au sac péritonéal, déjà disposé lui-même à s'enflammer, s'il ne l'est déjà, sont, de l'aveu de tous les chirurgiens, et ainsi que l'atteste leur sollicitude pour réduire la hernie sans opération, une preuve des dangers auxquels est exposé le malade atteint d'un étranglement intestinal. Je ne pense pas que ce soit s'exagérer les chances d'inflammation, puisque, d'une part, l'entérite survient fréquemment, lors même qu'à l'instant de l'opération les intestins paraissent encore sains, et que le ventre est sans douleur; puisque, d'une autre part, quand une inflammation générale existe avant l'opération, celle-ci ne peut que rarement en entraver la marche.

Dans certains cas, dit M. Key, le malade paraît se bien trouver de l'opération; mais au bout de deux ou trois jours il commence à s'affaisser, et quelques jours après il

succombe. La cause de mort paraît résider dans l'état noirâtre et friable que présente la portion d'intestin étranglée et dans l'état d'injection des parties environnantes. M. Key pense que la mise à nu d'intestins si peu susceptibles de résister à l'inflammation et à la gangrène, ne peut être considérée autrement que comme nuisible.

Dans le cas où on observe une altération profonde des forces avant l'opération, la mort survient quelquefois rapidement après celle-ci, sans qu'on puisse assigner d'autre cause que la mise à nu des intestins. L'état du malade devient souvent évidemment pire après l'opération. Ce résultat peut survenir sans inflammation péritonéale et sans gangrène des intestins, par le seul fait appréciable de la dépression de forces inhérente à l'opération. Le pouls, qui avant l'opération était faible, devient irrégulier et presqu'imperceptible; le visage, qui exprimait l'angoisse, prend l'aspect hippocratique; la peau se couvre d'une moiteur visqueuse, et toute l'économie est dans un état d'anxiété qui fait place au calme et à la mort.

M. Key invoque un argument tiré de l'analogie des plaies contuses. Il compare la condition des intestins exposés à l'air, à celle des tissus placés au-dessous de la peau, et soumis, après une contusion avec plaie, à l'influence funeste de l'air atmosphérique. M. Key observe que quand la contusion n'est point accompagnée de la déchirure des tégumens, le pronostic est beaucoup moins grave, et qu'il en est ainsi quand les parties froissées contenues dans une hernie sont réduites sans ouverture du sac péritonéal et sans exposition à l'air : l'inflammation, si elle survient, est rarement considérable et plus rarement encore mortelle.

On doit encore, suivant lui, attacher une haute importance à la diminution des chances d'hémorrhagie dans cette manière d'opérer, comparée à la manière ordinaire: sans compter que, le sac n'étant pas ouvert, le sang, quand il coule ne peut pénétrer dans la cavité de l'abdomen, et

que d'ailleurs les vaisseaux sont beaucoup moins susceptibles d'être atteints. La sonde, dit M. Key, est dans la hernie fémorale et dans la hernie inguinale disposée de telle manière, que le bistouri passe au-devant des vaisseaux, et on a des chances beaucoup plus probables d'éviter l'artère épigastrique et l'obturatrice quand elles croisent le sac de la hernie fémorale. La branche crémastérienne de l'artère épigastrique qui, dans un cas mentionné par M. Lawrence, donna une hémorrhagie très-abondante, ne saurait être atteinte par le bistouri quand ce dernier n'agit qu'à l'extérieur du sac; l'intestin est de même à l'abri de toute atteinte de la part du bistouri. Or, dans l'opération ordinaire il est blessé quelquefois.

Le débridement effectué, il arrive quelquefois qu'en attirant au dehors une anse intestinale, la partie qui était le siége de la constriction se déchire. Cet accident qui, pour des raisons faciles à saisir, s'observe plus fréquemment dans la hernie fémorale que dans la hernie inguinale, ne saurait avoir lieu dans le débridement à l'extérieur du sac.

Après l'opération ordinaire, on trouve quelquefois à l'orifice du sac, de petites collections purulentes, qui sont le résultat de l'inflammation du péritoine, et de celle des anses intestinales. M. Key cite un cas de cette espèce, dans lequel il y avait en même temps altération dans l'état des follicules muqueux de l'intestin. Il n'ose point affirmer que ce genre d'accident n'arrive jamais, quand on opère en laissant le sac dans son intégrité; mais il fait remarquer que ce mode opératoire doit diminuer beaucoup les chances de suppuration. Il y trouve l'avantage de prévenir le refroidissement considérable que subissent les intestins avant la réduction, refroidissement qui est, suivant lui, une source fréquente de réaction ultérieure et d'inflammation.

Voici les objections qui peuvent s'élever contre le procédé de M. Key.

1.re objection. Cette opération est difficile. A cela,

J. L. Petit a déjà répondu, que les raisons déterminantes dans le choix de l'opération sont son utilité et sa possibilité. Et d'ailleurs il nie la réalité de ces grandes difficultés, quand on se se sert d'une sonde cannelée convenable.

2ᵉ Objection. Les fluides renfermés dans le sac peuvent, en rentrant dans la cavité péritonéale, y déterminer de l'irritation et de l'inflammation. Cheselden remarque dans son anatomie, qu'il a trouvé dans l'intérieur d'un sac herniaire deux livres d'une matière fétide. Mais Petit réfute cette objection d'une manière victorieuse, en faisant remarquer que nous essayons toujours la réduction de la hernie par le taxis, sans nous inquiéter des qualités irritantes du fluide du sac. L'expérience prouve que cette crainte et l'objection qui s'en déduit sont également dénuées de fondement.

3ᵉ Objection. Heister fait remarquer que quand le sac est respecté, on ne peut reconnaître l'état de suppuration que présente quelquefois l'épiploon et l'intestin herniés.

4ᵉ Objection. Heister observe encore que l'intégrité du sac expose à un retour facile de la hernie. On peut fortement douter que l'ouverture du sac soit propre à prévenir ce genre d'inconvénient.

5ᵉ Objection. L'opération sans ouverture du sac ne saurait s'appliquer aux cas de hernies inguinales, dans lesquelles le péritoine est déjà déchiré ; ce qui veut dire, qu'on ne saurait ouvrir le sac quand il n'y en a pas. On conçoit que cette objection est tout-à-fait comme non avenue.

6ᵉ Objection. Richter observe que la méthode qui consiste à respecter le sac n'a aucun avantage sur celle qui consiste à l'ouvrir ; que le principal argument en faveur de la conservation du sac repose sur les dangers imaginaires de son ouverture ; qu'il importe peu que le sac soit divisé ou non, que seulement il y a moins de chances d'une cure radicale dans le cas de conservation du sac.

7e Objection. Le procédé opératoire de M. Key ne saurait s'appliquer au cas dans lequel l'étranglement est formé par le collet du sac. M. Key fait remarquer que cette cause d'étranglement est rare.

8e Objection. Heister remarque que les adhérences de l'intestin ou de l'épiploon peuvent n'être pas susceptibles d'être détruites, sans l'ouverture du sac. Mais Richter observe avec raison, que l'opération sans ouverture du sac est réellement indiquée quand les intestins adhèrent les uns aux autres, ainsi qu'aux parois du sac; car on peut à peine ouvrir ce dernier sans courir le risque de blesser les parties contenues.

Voici la réponse de M. Key à cette objection : l'adhérence des intestins peut constituer à la vérité un obstacle qui s'oppose à ce qu'on puisse la réduire sans ouvrir le sac. Aussitôt que l'étranglement a lieu, et que la circulation y est entravée, il s'exhale une fluide qui prévient le contact immédiat entre les parois du sac et les intestins. Mais si l'inflammation envahit la tunique péritonéale des intestins, le fluide épanché, peu de temps après la formation de la hernie, est de nature plastique, et des adhérences s'établissent entre les surfaces qui se correspondent. La présence d'un liquide dans le sac peut donc, dans la plupart des cas, être considérée comme une condition qui suppose le défaut d'adhérences, ou leur peu de force; tandis que l'absence de liquide, surtout quand la tumeur est dure et sensible au toucher, peut conduire à supposer, sans toutefois qu'on en ait la certitude, qu'il existe des adhérences. Or, même dans cette dernière circonstance, lorsque le sac est ouvert et l'intestin mis a nu, il suffit d'un léger effort pour détruire les adhérences de celui-ci. Cette séparation ne saurait, il est vrai, s'effectuer par le seul effet de la compression qu'on exerce dans le taxis; mais lorsque l'étranglement est levé, et que l'intestin ne trouve plus d'obs-

tacle à sa rentrée dans l'abdomen, il est probable que les adhérences, qui ne consistent que dans une pellicule mince, formée depuis quelques heures tout au plus, céderont au seul effort de la compression exercée sur la tumeur. Ce n'est ici toutefois qu'une opinion, il n'appartient qu'à l'expérience de décider cette question. Au reste, s'il arrive que l'intestin résiste aux efforts de réduction, on a la ressource d'ouvrir le sac, et de terminer l'opération à la manière ordinaire.

Des raisonnemens qui précèdent, M. Key conclut que des adhérences récentes et faibles ne doivent pas inspirer de crainte au chirurgien. Il pense que dans plusieurs cas on a attribué à de telles adhérences des résultats fâcheux, qui tenaient probablement à des inflammations du péritoine dépendant de l'exposition des intestins à l'air. Il convient que des adhérences susceptibles de maintenir l'intestin dans une direction coudée à angle très-aigu, peuvent bien s'opposer à la transmission des matières qui y sont contenues ; mais il regarde ces cas comme loin d'être communs. Il convient encore que l'adhérence de l'intestin avec l'orifice du sac nécessite l'ouverture de celui-ci pour la direction des adhérences. Et enfin, il donne le précepte d'ouvrir immédiatement le sac, pour reconnaître la nature de l'obstacle, toutes les fois qu'on éprouve une résistance non ordinaire.

On peut, dans la hernie intestinale irréductible, contester l'opportunité de l'ouverture du sac. On sait que les symptômes d'étranglement qui surviennent dans une hernie irréductible dépendent plutôt d'un obstacle mécanique au cours des matières, que d'un étranglement actuel des vaisseaux de l'intestin. Lorsque dans les cas de cette espèce on examine l'intestin après avoir ouvert le sac, cet organe ne présente point la coloration veineuse qui est le résultat ordinaire d'une congestion portée à l'extrême ; mais au contraire, sa coloration vermeille atteste une suractivité

de la circulation ou une inflammation commençante. L'avantage qu'on peut, dans un tel état de chose, retirer de l'ouverture du sac, lui paraît très-problématique. Tout ce que l'art peut faire pour l'état de l'intestin peut être obtenu par le débridement à l'extérieur du sac, c'est-à-dire par l'aggrandissement de l'ouverture abdominale. Il pense que ce mode de débridement et l'administration du calomel et de l'opium, suivi d'un purgatif doux au bout de quelques heures, peuvent suffire pour rétablir le jeu de l'intestin, faire disparaître les symptômes de l'engouement. L'ouverture du sac, dans le dessein de détruire les adhérences, est une opération dont le moindre inconvénient est d'être hazardeuse dans ses conséquences, quand toutefois la destruction des adhérences est possible, outre qu'elle est souvent inutile. Les intestins, dans les hernies anciennes, étant parfois adhérens à une si grande étendue des parois du sac qu'il est impossible de détacher l'intestin sans le compromettre, il n'y a aucun avantage marqué, ajoute M. Key, à réduire l'intestin avec des parties adhérentes du sac, puisque ces parties vont contracter de nouvelles adhérences avec les points avec lesquels elles seront en contact.

La première fois que j'arrêtai mon attention sur ce sujet, dit M. Key, je fus conduit à supposer que l'adhérence de l'épiploon devait opposer des obstacles à la réduction d'une portion d'intestin qui serait descendue dans le sac et qui s'y serait étranglée. La difficulté d'exercer une pression directe sur une portion d'intestin placée dans de telles circonstances, et d'une autre part, la possibilité que l'anse intestinale fût entortillée avec l'épiploon, me semblaient une contre-indication formelle à l'usage du procédé opératoir que je propose et une condition qui rendait indispensable l'ouverture du sac. La première occasion que j'eus d'employer le procédé indiqué, fut précisément une ancienne hernie ombilicale irréductible dans laquelle une anse intestinale était descendue récemment. A ma grande

surprise, loin d'éprouver de la difficulté à réduire, une pression légère fut suffisante pour faire rentrer immédiatement l'intestin après que le débridement de l'anneau fibreux eût été opéré; et je suis convaincu que dans plusieurs des cas dans lesquels les intestins paraissent entortillés avec l'épiploon, il suffirait d'un léger débridement pour relâcher l'intestin et permettre sa réduction. Car, même dans le cas où après l'ouverture du sac l'épiploon semble s'entortiller avec l'intestin et le retenir dans le sac, on reconnaît qu'en réalité le trajet qu'a suivi l'intestin en sortant de l'abdomen est parfaitement direct, et que la pression de l'épiploon sur l'intestin n'est qu'apparente, et peut cesser aussitôt que le débridement de l'aponévrose est effectué. Je remarquerai en outre que l'adhérence de l'épiploon au collet du sac n'ajoute rien aux difficultés du débridement quand on opère celui-ci à l'extérieur du sac.

9e *Objection.* Tout le monde reconnaît que quand les parties contenues dans le sac sont dans un état gangréneux, on doit ouvrir largement le sac. Le but de M. Key est donc de découvrir par quels moyens on peut reconnaître la présence d'un pareil état. Nous n'avons pas besoin d'en retracer les symptômes habituels. Ils se rattachent à l'état de la tumeur et aux caractères généraux de ce genre d'accident. M. Key a été témoin d'un cas dans lequel la gangrène de l'intestin fut annoncée par une odeur d'une fétidité particulière, qui se manifesta pendant qu'on pratiquait l'opération. Du reste, à l'exception de cette circonstance, M. Key n'ajoute rien aux signes propres à faire reconnaître l'état gangréneux. Les symptômes qui viennent d'être indiqués n'ont probablement lieu que quand la gangrène est survenue. Les cas redoutables et nombreux, dans lesquels l'intestin commence à se gangréner, ne présentent pas de signes propres à les faire reconnaître avec certitude. Cette circonstance ne saurait être trop prise en considération par le chirurgien; car, lorsqu'il réduit des intestins sans avoir

ouvert le sac, il ne saurait, dans beaucoup de cas, avoir la certitude qu'il n'est pas sous le coup de la gangrène.

Il arrive quelquefois que l'intestin se gangrène après qu'il est replacé dans l'abdomen, et après un certain temps les matières fécales passent à travers la plaie. Dans le cas où le sac n'est pas ouvert, il est probable que les matières fécales s'accumuleraient dans la cavité du péritoine et aggraveraient singulièrement les dangers que court le malade. M. Key pose en principe que la non-exposition à l'air de l'intestin exerce dans ce cas une si puissante influence pour prévenir la formation de la gangrène, que les avantages sont encore du côté de sa manière d'opérer. Mais avec la meilleure foi du monde on peut avoir quelques doutes sur les bienfaits de ce mode opératoire, et regarder sa faculté préservatrice comme éventuelle, tandis que le danger est positif et certain. Toutefois M. Key est tellement plein de confiance dans ses conjectures, qu'il n'hésite pas à déclarer que l'opération dans laquelle on laisse le sac entier lui paraît surtout applicable aux cas de cette nature. Il pense qu'un examen approfondi de la matière diminue beaucoup la crainte des dangers que fait naître la possibilité d'un état gangreneux de l'intestin.

10.e Objection. A raison des difficultés qui s'opposent à la rentrée d'une masse considérable d'épiploon, il est à présumer que dans le cas de hernie épiploïque l'ouverture du sac devient souvent nécessaire quand la portion d'épiploon est volumineuse et quand le canal inguinal est étroit. Il arrive que l'anneau abdominal, même quand il n'exerce pas une pression suffisante pour déterminer l'étranglement, oppose quelquefois de très-grandes difficultés à la réduction par le taxis d'une masse épiploïque, quand bien même elle ne serait étranglée que depuis quelques heures. La réduction de l'entérocèle s'effectue facilement à cause du poli des surfaces et de leur régularité; mais la forme lobuleuse et irrégulière de l'épiploon requiert des manœuvres

beaucoup plus longues et ne permet guère que de le réduire pièce à pièce : à moins que les anneaux ne soient très-larges, il ne peut remonter en une seule fois, et il n'est pas rare que plusieurs jours se passent avant que toute la masse soit réduite. Il y a quelques années, dit M. Key, j'éprouvai dans un cas de ce genre tant de difficultés à opérer la réduction après le débridement que je fus obligé d'ouvrir le sac.

Si une portion intestinale était descendue derrière l'épiploon, cette portion intestinale pourrait être réduite d'abord, en exerçant une pression sur la partie postérieure de la tumeur, et faciliter la réduction de l'épiploon. Une fois l'étranglement levé, l'intestin pourrait rentrer facilement si la pression était spécialement dirigée sur lui, et sa réduction préalable laisserait plus d'espace pour le passage de la masse épiploïque.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

Du rapport entre la quantité d'alimens et celle des différentes sécrétions; *expériences, par J. Dalton, membre de la Société royale de Londres.* — La première série d'expériences a été faite par l'auteur sur lui-même, au mois de mars, et pendant quatorze jours consécutifs. La somme totale des alimens consommés dans cet espace de temps s'est élevée à 525 onces et demie ; savoir : 165 onces de pain ; 70 onces de gâteau d'avoine ; 12 onces de gruau ; 54 onces et demie de viande de boucherie ; 130 onces de pommes de terre ; 55 onces de pâtisseries, et 32 onces de fromage ; ce qui donne 38 onces par jour. Celle des boissons a été de 741 onces, savoir : 435 onces de lait, 230 onces de bière, 76 onces de thé ; soit, terme moyen, 76 onces par jour. Ces quantités donnent pour la consommation totale en alimens solides et en boissons, 91 onces ou près de 6 livres. Dans l'espace de ces quatorze jours, la quantité totale d'urine excrétée a été de 680 onces, et celle des matières fécales de 68 onces, soit 40 onces et demie pour la première, et 5 onces pour les secondes, ensem-

ble 53 onces et demie. Or, comme la somme totale des alimens et des boissons a été de 91 onces par jour, il reste une différence de 37 onces et demie qui ont dû être employées par la transpiration cutanée et pulmonaire, en supposant toutefois que le poids du corps soit resté stationnaire.

Pour constater l'influence des différentes saisons, M. Dalton a répété ces expériences au mois de juin de la même année, pendant huit jours consécutifs. Les résultats ont été tels qu'il l'avait prévu; c'est-à-dire, une moindre consommation de solides, et au contraire une plus grande de liquides; une diminution dans les évacuations, et une augmentation dans la transpiration insensible. Voici les chiffres qu'il a obtenus : alimens solides dans les huit jours, 236 onces; soit terme moyen 24 onces par jour; liquides dans le même espace de temps, 391 onces, soit 56 onces par jour; total par jour des solides et des liquides, 90 onces, ou 4 onces de moins par jour pour les premiers, et trois onces de plus pour les seconds, que dans la première série d'expériences. Le terme moyen journalier des évacuations a été de 42 onces pour l'urine, et de 4 onces et demie pour les matières fécales; ce qui donne 44 onces pour la transpiration journalière; c'est-à-dire, 6 onces ou un sixième en sus, que dans le mois dernier; ce que l'auteur n'hésite pas à attribuer à une température plus élevée.

Les mêmes expériences répétées au mois de septembre, et pendant le même espace de temps, ont donné des résultats à-peu-près semblables. La consommation totale des alimens et des boissons a été de 93 onces, et la quantité de transpiration de la moitié de cette somme.

Pour arriver à déterminer la quantité de transpiration et l'influence des circonstances qui ont une action plus directe sur cette sécrétion, M. Dalton s'est livré à d'autres expériences. Il s'est procuré une balance propre à peser le poids de son corps, et sensible à une once. Ayant divisé la journée en périodes de quatre heures pour la matinée, de quatre ou cinq heures pour l'après-midi, et de neuf heures pour la nuit, de dix heures du soir à sept heures du matin, il essaya de déterminer la quantité de transpiration correspondant à chacune de ses périodes. Il se pesait ordinairement après le déjeûner, en ayant soin, bien entendu, de ne rien prendre, ni de ne satisfaire aucun besoin dans l'intervalle; la différence du poids devait donc être attribuée à la perte par la transpiration seulement. La même marche était suivie pour l'après-midi et pour la nuit. Ces expériences furent continuées pendant trois semaines, au mois de novembre. La moyenne de la perte par la transpiration par heure a été de 1,8 onces pour la matinée, de 1,67 onces pour l'après-midi, et de 1,5 onces pour la nuit. Pendant douze jours de cette période, M. Dalton prit note de la quantité d'urine correspondante à la transpiration. Le rapport fut de 46 à

33, disproportion un peu plus grande que celle qu'il avait observée au mois de mars ; ce qui était dû probablement à la température plus basse du mois de novembre.

« Ces expériences ont été faites, dit M. Dalton, il y a environ quarante ans; mais à cette époque, la chimie animale et végétale étant encore dans l'enfance, il était impossible d'en tirer aucune conséquence de quelque intérêt. Les progrès que depuis a faits cette branche importance de nos connaissances, nous permettent aujourd'hui de connaître très-approximativement les quantités des différens élémens chimiques qui constituent les produits extrêmement variés des deux règnes.

Le pain et les substances végétales farineuses paraissent constituer la majeure partie de la nourriture habituelle. M. Dalton a trouvé que 5 livres de farine font 7 livres de pain. D'après l'analyse de la farine, il estime que la proportion de carbone dans le pain est de 30 pour cent. Douze onces de pain (terme moyen donné pour un jour par la première série d'expériences), doivent donc contenir 9, 6 onces de carbone; 7 onces de gâteau d'avoine et de gruau en contiennent, suivant lui, 1, 8 onces; 4 onces de pâtisseries, environ 1 once; 9 onces de pommes de terre près de 1 once; 4 onces de viande de boucherie et 2 onces de fromage environ 3 onces, d'après les expériences de M. Gay-Lussac ; 31 onces de lait 11/12 d'once ; et enfin 21 onces de thé et de bière une fraction trop petite pour être appréciable, et que par conséquent l'on peut négliger. Ainsi le carbone, dans un état de combinaison quelconque, déposé dans l'estomac avec les différens alimens, a été de 11 onces et demie.

D'après Berzélius, l'urine d'une personne bien portante diffère, sous le rapport de sa composition, suivant les circonstances; cependant on peut admettre, comme terme moyen, qu'elle consiste en 94 parties pour cent d'eau, et en substances diverses pour le reste, dans lesquelles la proportion de carbone peut être estimée à plus de 1 ou 1 et demi pour cent, d'après les analyses faites jusqu'ici. Cette proportion donne donc 5 ou 6 onces de carbone pour les 48 onces d'urine rendues terme moyen par jour. Suivant le même chimiste, on peut regarder les matières fécales comme contenant 75 pour cent d'eau, et sur les 25 parties restantes, il ne pense pas qu'il y ait plus de 10 de carbone ; ce qui donne une demi-once de carbone pour les 5 onces de matières fécales rendues dans un jour. Il résulte de là qu'une once environ, un peu plus ou un peu moins, de carbone est expulsée chaque jour de l'économie par ces différentes voies. Les 10 et demi qui restent doivent être dépensées par la transpiration insensible.

La quantité de la transpiration cutanée ne peut pas être aisément déterminée par l'expérience directe ; mais celle de la transpiration pulmonaire le peut être au contraire, d'après des faits connus.

M. Dalton a constaté, dans le tome II des Mémoires de Manchester, nouvelle série, qu'il produisait par la respiration en 24 heures, 2, 8 livres de gaz acide carbonique, soit 0, 78 livres de carbone, ou environ 10 onces et un quart; il a aussi déterminé que la quantité de vapeur d'eau qui s'exhale de ses poumons ne s'élève pas au-delà de 1, 55 livre, soit 20 onces et demie. Si, à ces quantités, nous ajoutons 10 onces et un quart de carbone, nous aurons 30 onces trois quarts pour la quantité de carbone et d'eau exhalée des poumons pendant un jour, et cette somme, retranchée de 27 et demie, donne 6 onces trois quarts par jour pour la tranpiration cutanée, laquelle, en admettant les données précédentes, consisteraient en 6 onces et demie d'eau et un quart d'once de carbone. D'après cela, la matière excrétée par les poumons, serait cinq fois aussi grande que celle que fournit la surface entière du corps.

Si maintenant nous examinons ce qui se passe pour l'azote, nous verrons que la viande de boucberie, le fromage et le lait ont fourni, dans les expériences précédentes, environ 1 once et demie d'azote à l'estomac par jour, et qu'à-peu-près la même quantité a été expulsée dans l'urine et les matières fécales.

« En résumé, fait remarquer M. Dalton, nous pouvons observer que sur les 6 livres d'aliment prises par jour, il paraît y avoir près d'une livre de carbone et d'azote, et que les cinq livres restant consistent principalement en eau, qui semble nécessaire pour servir de véhicule aux deux autres élémens et les introduire dans le torrent de la circulation, et pour fournir aux poumons et aux autres membranes l'humidité indispensable à l'exercice de leurs fonctions. La presque totalité des alimens passe dans la circulation, car les matières fécales n'en constituent guères que la 1,18e partie, et encore sur ces matières une partie, la bile, est le produit d'une sécrétion; une très-forte proportion est expulsée par l'intermédiaire des reins, savoir près de la moitié du poids total, mais cependant plus ou moins probablement, suivant le climat, la saison, etc.; une autre proportion plus considérable est expulsée par la transpiration insensible. Cette dernière partie peut être subdivisée en deux portions, une qui a pour émonctoire la peau, et qui s'élève à 1/6e, et l'autre les poumons sous forme d'acide carbonique et de vapeur d'eau, qui forme les autres 5/6es. (*Memoirs of the litterary and philosophical Society of Manchester*, T. V; et *The American Journal of the med. Sciences*. Mai 1823.)

Pathologie.

APHONIE DÉPENDANT D'UNE AFFECTION DU CERVEAU; *par J. Webster*.— I.re OBS. — Georges Wright, domestique, âgé de 16 ans, fut pris, dans les premiers jours de janvier, d'une rougeole assez intense;

quelques jours d'un traitement antiphlogistique et délayant suffirent pour en faire disparaître tous les symptômes, et le 14 il était entièrement rétabli. Cependant deux jours après on observa que sa voix était faible, et bientôt cette faiblesse augmenta au point que le malade pouvait à peine se faire entendre. Cependant il n'éprouvait aucune douleur, ni dans la gorge ni dans la poitrine, ni aucune difficulté de respirer ; mais il se plaignit alors pour la première fois d'un violent mal de tête, accompagné d'étourdissement et de surdité. En examinant les pupilles, on remarqua qu'elles étaient fortement dilatées et presqu'insensibles à l'influence de la lumière. En réfléchissant à la nature des symptômes concomittans, M. Webster fut conduit à penser que l'aphonie pouvait bien dépendre de quelque affection du cerveau. Des recherches subséquentes, et le succès qu'il obtint par un traitement dirigé dans ce sens, vinrent plus tard confirmer la justesse de cette opinion. Il fit d'abord prendre au malade, le soir, cinq grains d'extrait de ciguë et le lendemain matin un léger purgatif, et trois ou quatre fois par jour une potion pectorale. Comme il s'y attendait, ces moyens n'eurent aucun effet; au contraire, l'aphonie augmenta au point que le malade ne pouvait plus articuler une parole. Une observation très-importante fut faite par M. Webster ; c'est que, toutes les fois que le mal de tête était moindre, surtout lorsqu'en même temps la pupille devenait plus sensible à la lumière, la voix devenait plus forte et plus distincte. Ce fait venait directement à l'appui de l'opinion mentionnée ci-dessus relativement à la nature de la maladie. En conséquence de cette manière de voir, M. Webster fit appliquer le 24 janvier un vésicatoire à chaque tempe. Le 26, l'amélioration était très-sensible ; le mal de tête avait presqu'entièrement disparu, excepté à la région sus-orbitaire droite, les pupilles étaient moins dilatées et paraissaient plus sensibles à la lumière ; le malade pouvait articuler distinctement tous les mots, quoique encore à voix-basse ; l'expression de la face était meilleure, et présentait moins d'anxiété : enfin le malade assurait qu'il se sentait presque tout-à-fait bien, à l'exception de la faiblesse de sa voix. On continua l'extrait de ciguë le soir et on revint à un laxatif le lendemain matin. Comme l'appétit avait reparu, on accorda quelque nourriture. Le 18 février, le mieux était plus sensible encore; les pupilles n'étaient plus dilatées et leur mobilité était entière ; le mal de tête et la surdité avaient presqu'entièrement disparu, et la voix, quoique beaucoup plus forte, n'avait pas encore repris son timbre naturel. Ce ne fut que huit jours après, que tous les symptômes ayant complètement disparu, la voix revint à son état naturel.

Obs. IIe. Mme Ellis, âgée de 21 ans, vint, le 15 décembre 1831, consulter M. Webster pour un léger rhume accompagné de dyspepsie. La toux cependant devint si forte pendant une nuit, qu'on trouva quel-

ques filets de sang dans les crachats ; en outre, il y avait de la contipation et perte de l'appétit, mais rien du côté du cerveau et la voix était naturelle. Quelques laxatifs, une potion camphrée et un vésicatoire appliqué à la base du thorax firent disparaître tous les symptômes. Dans les premiers jours de janvier, M.[me] Ellis s'aperçut que sa voix était plus faible que coutume ; mais attribuant cette faiblesse à un enrouement ordinaire, elle n'y fit aucune attention. Cependant le 21 du même mois, l'aphonie était devenue telle que la malade pouvait à peine articuler un mot. Il n'y avait aucune douleur dans les voies aériennes ni dans la poitrine, et pas la moindre dyspnée ; mais la malade se plaignait de surdité, de bourdonnemens dans les oreilles, et d'un violent mal de tête accompagné de vertiges. Les pupilles étaient très-fortement dilatées et insensibles à la lumière, et on observa que le soir à la chandelle elle avait peine à distinguer les objets, et qu'elle était presque aveugle. Un laxatif, une décoction de quinquina avec de l'éther sulfurique et quelques grains d'extrait de ciguë le soir, furent administrés sans succès. Comme dans l'observation précédente, on remarqua des variations dans l'aphonie, correspondantes à l'intensité plus ou moins grande de la céphalalgie, de la surdité, et de la mobilité des pupilles. On fit appliquer à chaque tempe un vésicatoire, et on ordonna un purgatif pour le soir et une potion fortifiante. A ces moyens on ajouta l'emploi de l'extrait de ciguë. Huit jours après l'application des vésicatoires, tous les symptômes cérébraux avaient disparu ; les pupilles étaient presque revenues à leur état naturel, et la malade pouvait lire et travailler le soir à la lumière. Enfin, le 12 février, la santé était complètement rétablie, et la voix avait repris son timbre naturel.

Obs. III.e Dinah Swales, âgée de 28 ans, forte et robuste, avait éprouvé quelques accidens hystériques. Elle fut prise, vers la fin de mai 1832, de céphalalgie, de vertiges, de trouble de la vue et d'un commencement d'aphonie. Elle vint consulter M. Webster le 7 juin ; elle avait alors une extinction de voix presque complète, mais sans aucun symptôme du côté de la poitrine. Les pupilles, comme dans les cas précédens, étaient dilatées et presqu'insensibles à l'action de la lumière ; la vue était trouble ; la malade éprouvait des bourdonnemens dans les oreilles, et lorsqu'elle se livrait à quelqu'exercice elle ressentait des battemens dans les tempes, et dans ces momens elle perdait totalement la voix, et était forcée de s'exprimer par signes. Comme il existait quelque dérangement du côté des organes digestifs, on commença le traitement par quelques laxatifs auxquels on ajouta la potion camphrée. Le 9 on fit appliquer au front 4 sangsues et un vésicatoire à chaque tempe. Sous l'influence de ces moyens les symptômes cérébraux diminuèrent sensiblement, et en même temps la voix devint plus forte. Cette amélioration se continua. Le 14, il survint un

rhume assez violent qui obligea de recourir aux moyens appropriés. Il céda au bout de quelques jours. A cette époque le mal de tête et la faiblesse de la vue n'existaient plus que lorsque la malade avait fait un exercice violent, et alors la voix redevenait aussitôt plus faible. Pour la débarrasser entièrement, on eut recours à une seconde application de vésicatoires aux tempes et à quelques purgatifs. Enfin, le 21 juin, la guérison était complète et la voix avait recouvré sa force et son son timbre naturels.

Obs. IVe. — Mary Joyce, âgée de 40 ans, d'une faible constitution, quoique jouissant habituellement d'une bonne santé, vint réclamer les soins de M. Webster, le 15 juin 1832, pour une aphonie presque complète. Depuis environ quinze jours, elle avait ressenti tous les symptômes cérébraux déjà énumérés dans les observations précédentes, et en même temps sa voix était devenue de plus en plus faible. Les organes thoraciques étaient dans l'état le plus naturel. La douleur de tête existait principalement dans la région sus-orbitaire droite; la pupille était dilatée, etc.; six sangsues furent appliquées au milieu du front, et on fit prendre en même temps, matin et soir, une pilule de rhubarbe et d'aloès. Les sangsues prirent mal, et ne fournirent que peu de sang; cependant l'amélioration fut bien marquée; on continua les pilules purgatives, et on fit faire une seconde application de sangsues. Le sang coula en abondance et la guérison complète ne se fit pas attendre.

» De semblables exemples d'extinction de voix, dit en terminant M. Webster, ne sont certainement pas rares, et il n'est pas de médecin à qui il ne s'en soit présenté plusieurs; mais jusqu'ici, les moyens de traitement ont été dirigés sur le larynx et les parties voisines que l'on regardait comme le siége du mal. Comme tous les autres, j'ai épuisé toutes les ressources ordinaires de l'art contre cette maladie, sans obtenir de succès, à moins toutefois que le larynx et les organes de la voix ne fussent réellement affectés. Mais d'après les faits que je viens de rapporter et un grand nombre d'autres qu'il eut été trop long de citer, je crois pouvoir assurer que dorénavant on n'éprouvera pas de difficulté dans le traitement de l'aphonie, lorsqu'elle s'accompagnera de quelques symptômes indiquant une affection du cerveau, et je suis porté à penser que ce genre de maladie est beaucoup plus commun qu'on ne pourrait le supposer de prime-abord.

» Pour apprécier la grande influence que les affections du cerveau doivent avoir sur les fonctions des organes de la voix; il faut se rappeler ce qui arrive assez fréquemment dans les grandes assemblées, où l'on voit des personnes qui, après s'être beaucoup fatiguées à parler, ou à la suite d'une forte excitation des organes intellectuels, perdent tout à coup la voix au point d'être obligées d'interrompre leur discours. L'ivresse, la peur ou toute autre émotion vive privent très-

souvent de l'usage de la parole. Si ces troubles des fonctions du cerveau, qui ne sont que momentanés, ont une si grande influence sur la voix, on m'accordera sans doute qu'une maladie grave du centre nerveux, ou un désordre plus permanent dans les fonctions des nerfs qui se distribuent au larynx et à la glotte, doivent produire des effets semblables, sinon plus marqués encore.

» Si l'on examine anatomiquement la question, on admettra sans discussion, je pense, qu'une affection des nerfs récurrens et laryngés internes doit avoir une influence marquée sur la voix; car cette fonction est tout à fait sous leur dépendance, et ils en sont les principaux agens. On sait qu'une tumeur développée sur le trajet de ces nerfs dans un point de leur trajet depuis leur point d'origine, les parties supérieures et latérales de la moelle alongée, jusqu'à leur terminaison, ou bien la section de ces cordons nerveux, entraînent une altération ou même la perte totale de la voix. Une cause quelconque qui agira de la même manière sur ces nerfs, quoique d'une manière plus passagère, pourra donc produire des effets semblables, et d'ailleurs un état de paralysie ou de maladie quelconque ne peut-il pas exister pour ces nerfs, aussi bien que pour ceux de l'œil, de la langue, etc. (*The Lond. med and physical Journ.*, octobre 1832; et *the American Journ. of the med. sciences*; mai 1833.

IMFLAMMATION DU GLOBE DE L'ŒIL ET DU TISSU CELLULAIRE DE L'ORBITE, CONSÉCUTIVE DE L'INFLAMMATION ET DE LA SUPPURATION DU CERVEAU. — J. S. âgé de 27 ans, cordonnier, bien constitué, d'un tempérament irritable, adonné à la boisson, fit arracher, à cause de douleurs odontalgiques très-vives, une dent molaire supérieure gauche; ce qui fut suivi de la tuméfaction et de la rougeur de ce côté du visage. Bientôt après, au dire du malade, se manifesta, à la place de la dent arrachée, une vessie de la grosseur d'une noix, claire comme de l'eau, et accompagnée de douleurs violentes. De l'eau froide prise fréquemment dans la bouche, procura du soulagement; les douleurs diminuèrent, la vessie disparut, et la tuméfaction de la face se dissipa en partie. Quelques jours après du larmoiement se manifesta à l'œil gauche, mais céda bientôt, et alterna ensuite avec un écoulement aqueux abondant par la narine gauche. Le 17 avril 1830, le larmoiement était abondant et accompagné de photophobie et de douleurs gravatives, et quelquefois lancinantes dans la tête. Vers le soir, le malade fut pris de frisson, suivi de chaleur; la photophobie et la céphalalgie devinrent intolérables; le côté gauche de la figure, et surtout les paupières se tuméfièrent rapidement; la tumeur était considérable et tendue, le globe de l'œil immobile; des larmes brûlantes coulaient sur les joues; insomnie, vue d'étincelles. Le 18, affaissement, soif, anorexie; tuméfaction augmentée; vue d'étincelles; en entr'ouvrant les paupières avec les doigts, le malade s'aperçoit qu'il est aveugle de

cet œil. Il eut recours alors à différens moyens : sachets, fomentations, fumigations; à l'intérieur il ne prit autre chose que du café et de la bière. Les douleurs devenant de plus en plus violentes dans l'œil et à la tête, et la tuméfaction continuant à s'accroître, le malade entra à la clinique ophthalmologique de Prague, le 19 avril. Il présenta alors les symptômes suivans : fièvre intense, constipation depuis trois jours; paupières gauches énormément tuméfiées, élastiques, très-douloureuses, d'une couleur rouge foncée; globe de l'œil immobile et caché par les paupières, vue d'étincelles, douleurs pulsatives et gravatives presque intolérables qui se concentrent dans l'œil et occasionnent au malade la sensation comme si l'œil n'avait plus assez de place dans l'orbite; agglutination du bord des paupières; écoulement séreux peu abondant. La tuméfaction dépassait en haut et en bas le bord de l'orbite. La maladie fut considérée comme une inflammation du globe de l'œil (*Ophthalmitis*, *Panophthalmitis*). Saignée de 12 onces; 12 sangsues au pourtour de l'orbite; fomentations froides; à l'intérieur une potion avec nitre deux gros, tartrate de potasse six gros). Le soir soulagement très-prononcé; l'état extérieur de l'œil n'ayant cependant pas changé, on applique de nouveau douze sangsues. Sommeil de quelques heures. — 20 avril; douleur pulsative augmentée, tumeur moins tendue et bornée aux paupières. On parvint à entr'ouvrir les paupières, et on aperçut alors la conjonctive boursoufflée et rouge autour de la cornée, cette dernière non altérée; la pupille rétrécie et immobile. Fièvre moins forte; deux selles liquides. On continue le même traitement, et le soir, les douleurs ayant augmenté, on applique quinze sangsues.—Les deux jours suivans, douleurs moindres; le reste de même. La tumeur se développe un peu plus du côté de l'angle interne de l'œil. (Cataplasmes émolliens; potion avec sulfate de potasse, et extrait de chiendent). — 23; fluctuation à l'angle interne; on incise l'abcès et on donne issue à une grande quantité de pus verdâtre, d'une fétidité particulière. La tumeur s'affaissa à l'angle interne, mais resta la même à l'angle externe et à la paupière inférieure. En entr'ouvrant les paupières on trouve la cornée couverte d'un mucus puriforme, et la conjonctive fongueuse. (On continue les cataplasmes, et on remplace le sulfate de potasse par le sulfate de soude). La fièvre s'était dissipée, la langue était nette, l'appétit normal, le ventre un peu paresseux; les douleurs du côté gauche de la tête, quelquefois plus violentes, se dissipaient d'autres fois complètement. Le malade dormait assez bien, et ses facultés intellectuelles se trouvaient en bon état. La tuméfaction diminuait de plus en plus, l'écoulement de pus était très-abondant. Du 1er au 7 mai, le malade ne se plaignit que d'une envie de dormir quelquefois irrésistible. La tumeur de la paupière supérieure diminua, mais celle de la paupière inférieure persista; le globe de l'œil devint mobile, sans occasionner

de douleur par ses mouvemens; à la partie inférieure de la cornée on apercevait une procidence de l'iris; la vue était abolie à cet œil. La grande quantité de pus qui s'écoulait de l'ouverture de l'abcès, faisant soupçonner une suppuration dans le fond de l'orbite, on recommanda au malade de se coucher sur le côté gauche, ou de s'asseoir la tête penchée en avant, afin de favoriser l'écoulement du pus. Le 8 mai, éructations acides qui cèdent à l'emploi de quelques poudres *aërophores*. Le 9, somnolence, altération des traits, pression dans la moitié gauche de la tête, anorexie, dégoût, vomissemens d'un mucus bilieux, quelques selles liquides; pouls mou, plein, plus lent que dans l'état normal; tumeur affaissée, écoulement diminué. On soupçonne un épanchement purulent dans la cavité crânienne. (Deux grains de calomel et un demi-grain de digitale pourprée, de deux en deux heures). Au bout de quatre heures, convulsions, perte de connaissance, râle, coma. (On augmente la dose des poudres; frictions mercurielles sur la tête, sinapismes, lavemens émétisés). Le lendemain 10, le malade mourut au milieu de convulsions et de symptômes apoplectiques.

A l'ouverture du cadavre toutes les parties de l'encéphale et des méninges furent trouvées gorgées d'un sang noir et fluide. Le lobe antérieur gauche du cerveau contenait dans son intérieur un vaste foyer purulent, qui communiquait avec le ventricule latéral gauche. Le troisième ventricule ne contenait point de pus, mais le quatrième en était rempli; on en trouva aussi sur toute la base du crâne jusqu'au cervelet. La couche optique gauche, les parties extérieure et inférieure de l'hémisphère gauche, le cervelet était ramollis. Le pus présentait la même fétidité que celui qui s'était écoulé par l'ouverture pratiquée à la paupière: aussi trouva-t-on une communication entre l'abcès du cerveau et celui de l'orbite. A la partie postérieure de la cavité orbitaire la paroi osseuse était altérée et très-friable dans l'étendue d'un pouce, et au milieu de cette partie altérée l'os était perforé, ce qui établissait la communication entre l'intérieur du crâne et la cavité orbitaire. Une seconde portion d'os altérée et une seconde perforation se trouvaient à la partie inférieure de l'orbite; il en résultait une communication avec l'antre d'Ilygmore, qui se trouvait rempli de pus. Le globe de l'œil était peu altéré: la cornée présentait à sa partie inférieure un petit ulcère. L'iris, appliqué à la cornée et non altéré dans sa couleur, n'avait point contracté d'adhérence anormale. La conjonctive était peu injectée; et la sclérotique, la choroïde, le crystallin et le corps vitré ne présentaient aucune altération appréciable; il en était de même du nerf optique. De tous les muscles de l'œil le droit supérieur avait seul participé à la suppuration. (*Klinischer Unterricht in der Augenheilkunde: Instruction clinique ophthalmologique, par le professeur J. N. Fischer* Prague, 1832 pag. 9).

Lésion grave de l'orbite, par suite d'une chute et d'introduction d'une lime. — J. Z. âgé de 51 ans, journalier vigoureux, étant dans la forêt le 2 avril, tomba, et son œil gauche porta sur une lime à pointe obtuse qu'il tenait dans la main. Le malheureux fut porté sans connaissance à une petite ville située à quelques lieues de l'endroit où l'accident était arrivé. L'œil blessé saignait fortement; on remarqua qu'il manquait une partie du corps vulnérant, de la lime. Trois chirurgiens essayèrent en vain d'extraire un corps étranger fixé dans la plaie au-dessous du milieu de l'arcade sourcilière gauche, et qu'on sentait avec la sonde et avec la pince. On aggrandit la plaie de la paupière supérieure, et on réitéra plusieurs fois pendant trois jours les tentatives d'extraction; mais le corps étranger resta immobile.

Le 5 avril on amena le malade à la clinique chirurgicale de Prague. La paupière supérieure gauche était fortement tuméfiée. Un peu au-dessus de sa partie moyenne on remarquait une plaie triangulaire dont les lèvres étaient tirées en dedans, et qui était couverte de sang concrété. Le globe de l'œil immobile était poussé en bas et en dehors, au point qu'il paraissait reposer sur la partie supérieure de la joue, et qu'il avait complètement repoussé la paupière inférieure. La cornée avait un éclat tout particulier. Le malade était dans un état comateux. Quand on eut nettoyé la plaie, on vit que l'angle inférieur, qui s'étendait jusque vers le bord inférieur de la paupière, et l'angle interne avaient été agrandis par le bistouri; du sang s'écoula par la plaie dans le fond de laquelle la sonde découvrit la présence d'un corps dur, immobile, alongé, qui avait pénétré d'avant en arrière en dedans et en haut, dans la paroi orbitaire, au-dessous du milieu de l'arcade orbitaire. Le professeur Fritz tenta l'extraction de ce corps: une forte pince à anneau et une pince à polypes s'étant déformées, l'opérateur saisit le corps étranger avec une tenette très-forte, mais étroite; et tirant avec les deux mains en tâchant d'imprimer au corps des mouvemens rotatoires, il parvint à faire l'extraction d'un bout de lime d'acier, triangulaire, long d'un pouce et demi, à pointe obtuse, et garni de dents jusqu'à son extrémité. L'hémorrhagie fut peu abondante, et on transporta le malade immédiatement à la Clinique ophthalmologique.

Le malade répondait lentement ou pas du tout aux questions qu'on lui adressait; il était immobile sur son lit, avait la figure pâle, affaissée, les yeux fermés; quelquefois il portait la main gauche à la partie gauche de la tête; peau sèche et froide, langue sèche, constipation, respiration lente, pouls presque supprimé, dur. La plaie était largement ouverte et saignait un peu; la paupière supérieure gauche, divisée presque complètement et en deux parties latérales, formait une tumeur rouge-foncé, chaude, qui dépassait le dos du nez et recouvrait le globe de l'œil dont on ne découvrait qu'une petite partie,

quoiqu'il fût poussé en bas. Ce qu'on voyait de la cornée avait un brillant non naturel. (Saignée de dix onces, 8 sangsues à la tempe et derrière l'oreille gauche; fomentations froides; à l'intérieur, potion avec du nitre, du sulfate de potasse et de l'extrait de chiendent). Le lendemain, stupeur moindre, douleur violente à la tête, plaie brûlante, couverte d'un peu de pus; langue humide, soif; quelques selles; urines foncées, peau molle et chaude, pouls plus fréquent (Saignée de dix onces; 8 sangsues; continuation des autres moyens, à l'exception du sulfate de potasse). Le troisième jour, on fit une troisième saignée. L'état général du malade s'améliora de plus en plus, la tumeur diminua, le globe de l'œil rentra dans l'orbite, mais la cornée se troubla, devint jaune. Le 8.e jour, on remplaça les fomentations froides par des cataplasmes émolliens, et on donna à l'intérieur une décoction de quinquina avec de la teinture de sénéga. La cornée suppurante fut touchée avec du laudanum. Le 16 avril on découvrit à la partie supérieure de la cornée une procidence multiple de l'iris (*staphyloma racemosum*), qu'on toucha avec le laudanum. Dans la plaie qui suppurait fortement, on pouvait introduire la sonde à la profondeur de cinq pouces, en la dirigeant en arrière et un peu en dedans. A la fin d'avril il ne restait plus qu'une petite ouverture fistuleuse dans laquelle la sonde ne pénétrait qu'à un pouce de profondeur; la paupière supérieure était paralysée, la cornée devenue opaque et plus petite. C'est ainsi que le malade sortit de l'hôpital, parfaitement bien portant du reste. Il revint au mois d'août pour faire voir que la fistule était complètement fermée. (*Ibid.*, p. 32).

Maladie inflammatoire de l'oreille externe, particulière aux aliénés; *par le docteur Bird.* — Cette affection, assez rare, ne paraît avoir été signalée par aucun auteur, et cependant le docteur Bird a déjà eu occasion d'observer six cas de cette espèce; tous avaient lieu chez des hommes. L'oreille devient chaude, rouge ou bleuâtre, luisante et douloureuse : la tuméfaction est tantôt rapide, tantôt extrêmement lente. Les parties les plus affectées sont ordinairement la cavité de l'hélix, celle qui sépare les deux racines antérieures de l'anthélix et l'anthélix; l'hélix participe peu à la maladie; la conque, le tragus, l'antitragus et le lobule sont intacts le plus souvent. La tumeur continuant à faire des progrès prend, au bout d'un certain temps, l'aspect d'une moitié d'œuf coupé longitudinalement, qui aurait été appliquée sur l'oreille et y serait restée adhérente. Plus tard, la tumeur devient si considérable, qu'elle cache complètement la conque et même l'incisure de l'hélix. La convexité de l'auricule est peu affectée. L'oreille est portée en avant et s'écarte fortement de la tête, ce qui donne une physionomie singulière au malade. Il se passe trois ou quatre semaines au moins depuis le début du gonflement inflammatoire, jusqu'à ce que la tumeur perde sa chaleur et

cesse d'être douloureuse. A cette époque, sa couleur devient d'un rouge plus foncé, ou même pourpre ; la peau se fendille, et de ces fissures s'écoule une sérosité jaunâtre. Huit jours plus tard, la tumeur se perce à son sommet, et donne issue à une matière semblable à du sang noir coagulé ; à mesure que cette matière s'écoule, la tumeur s'affaisse, et découvre le tragus, l'antitragus et la conque qui étaient masqués par la maladie sans y participer. La couleur bleue disparaît lentement, et est enfin remplacée par une blancheur extraordinaire. La partie de l'oreille qui a été le siège de la maladie reste, dans quelques cas, épaissie et même indurée ; quelquefois elle se contracte, et la confusion de ses éminences et de ses cavités défigure complètement l'oreille. Les deux oreilles peuvent être affectées simultanément. Le docteur Bird n'a pu résoudre le problème de l'étiologie de cette affection. Il n'a jamais trouvé qu'elle se liât à une lésion extérieure. Dans cinq cas sur six, il y avait des symptômes de congestion active vers la tête, les carotides battaient avec force, le crâne était chaud ; et les membranes du cerveau étaient probablement enflammées. Le traitement n'offre rien de particulier. (*Graefe's Journal*).

Thérapeutique.

Sur la nature et le traitement de la pneumonie ; *par Rittcher.* — L'auteur dit avoir obtenu, depuis trois ans, de grands succès en traitant les pneumonies par l'acétate de plomb uni à l'opium, et le but de ce mémoire est de faire connaître les résultats de sa pratique et d'expliquer la manière d'agir de ce médicament.

Il commence par passer en revue les diverses méthodes de traitement qui ont été préconisées pour la pneumonie, et les critique vivement. Il explique la manière d'agir de l'émétique à haute dose, en disant qu'il détermine par surexcitation la paralysie du nerf vague, et par suite enraie la nutrition du poumon. Il pense qu'un moyen aussi énergique doit être souvent dangereux, et cite un cas de sa pratique où la mort fut le résultat d'une angine violente avec salivation excessive, tout-à-fait semblable à l'angine mercurielle, et qu'il attribue à l'action de l'émétique. L'acétate de plomb, uni à l'opium, agit sur le poumon aussi directement que l'émétique, et il a pour effets de résoudre l'inflammation du poumon, sans produire la surexcitation que détermine le traitement de Rasori. De ce que l'acétate de plomb appliqué à l'extérieur sur un point enflammé fait disparaître le gonflement et la rougeur, et de ce que, administré à l'intérieur chez les phthisiques, il diminue souvent l'expectoration, l'auteur conclut que ce médicament agit sur tout sur le système capillaire, dans les inflammations, et qu'il a d'autre part une action directe sur le poumon. L'opium, d'autre part, dont l'action se porte spécialement sur le système nerveux, est l'antiphlogistique le plus puissant pour l'élément

nerveux du travail inflammatoire. En réunissant ces deux médicamens on doit par conséquent avoir un excellent moyen de combattre l'inflammation du poumon, puisqu'il agira à la fois contre le tronble de l'innervation et contre celui de la circulation capillaire, en même temps qu'en suspendant l'action de l'appareil digestif, on empêchera l'afflux des matériaux de l'inflammation. Si on y ajoute la saignée, qui enlève directement ces matériaux, on sera armé de tous les moyens propres à combattre la maladie. Ce fut ces considérations qui amenèrent M. Rittcher à essayer le médicament indiqué ci-dessus dans un cas très-grave de pneumonie, dont on trouve l'analyse ci-après. Le succès dépassa son attente et l'engagea à persévérer dans cette méthode, qui lui a presque toujours réussi. L'auteur entre ensuite dans des considérations sur les diverses terminaisons de l'inflammation en général et de la pneumonie en particulier, et établit que la guérison de cette dernière maladie doit toujours s'opérer par résolution. La résolution ne pouvant se faire qu'après que l'inflammation est parvenue à son *état*, il faut, pour résoudre une pneumonie, l'amener d'abord à cet état. Les médicamens révulsifs sont ceux qui hâtent le développement de la première période d'une inflammation en même temps qu'ils en diminuent l'intensité. On peut ranger sous deux chefs les remèdes employés pour combattre la pneumonie.

1° Ceux qui agissent contre la première période brisent l'inflammation ou bien excitent et soutiennent la force vitale du poumon, de manière à ce que cet organe puisse supporter le travail inflammatoire. L'opium tient le premier rang parmi ces moyens.

2° Les médicamens appelés résolutifs, qui n'agissent que quand la maladie est parvenue à son état, hâtent la seconde période, la déterminent lorsqu'elle ne s'établit pas d'elle-même. Le mercure, l'iode, le charbon, le soufre sont dans ce cas.

L'expectoration, étant le résultat du travail d'exsudation qui a lieu dans le tissu pulmonaire, en est en même temps l'indice; par conséquent plus les crachats sont abondans, plus on doit travailler à les supprimer. C'est à tort qu'on aurait recours aux médicamens dits expectorans, et l'aphorisme d'Hippocrate *qui spuunt evadunt*, devrait être transformé en celui-ci « *qui evadunt spuunt.* » L'opium uni au plomb est le moyen le plus efficace de combattre l'expectoration, et par conséquent le travail inflammatoire du poumon. L'émétique a hautes doses peut réussir, en arrêtant par surexcitation le travail des vaisseaux exhalans; mais ses effets sont précaires, tandis que le médecin est parfaitement maître de diriger l'action du premier médicament.

M. Rittcher ne craint pas l'effet toxique du plomb. Il en a administré 100, 150 grains de suite à des phthisiques, sans le moindre accident. Un homme âgé de 36 ans, affecté d'une pneumonie qui avait été négligée, a pris pendant six semaines l'opium uni au plomb; non seule-

ment il n'en a éprouvé aucun facheux effet, mais il a même recouvré une santé parfaite.

M. Rittcher administre ordinairement le médicament sous la forme suivante: ♃ Acétate de plomb, gr. iij; laud. liq. de Syd., ℈j-ʒ ß; eau de cerises noires (*aqua ceris. nigr.*), ℥ vj; sirop de sucre, ʒ j - ß ij. Une cuillerée à bouche toutes les 3, 4 et 5 heures.

Plusieurs fois cette potion a été prise toutes les 2 heures et même toutes les heures sans inconvénient. Lorsque la circulation est très-activée, M. Rittcher remplace l'eau de cerises noires par une infusion d'un demi-gros de feuilles de digitale dans six verres d'eau. Vers la fin du traitement des pneumonies aigües et dans les pneumonies chroniques, l'opium et l'acétate de plomb sont donnés sous la forme de poudre, à la dose d'un 1/3 de grain chaque, trois fois par jour.

Il est important de ne pas cesser brusquement l'usage du médicament; dans plusieurs cas la pneumonie a reparu dès qu'on eut cessé l'emploi du remède. Suivent trente-quatre observations de pneumonies aigües ou chroniques, dans lesquelles l'acétate de plomb et l'opium ont presque toujours produit des résultats satisfaisans. Malheureusement ces observations sont pour la plupart trop incomplètes pour être bien concluantes. L'auteur néglige les signes stéthoscopiques, et admet souvent qu'on doit le croire, quand il dit qu'un malade avait une pneumonie aigüe. C'est un défaut commun à beaucoup d'observateurs allemands. Néanmoins ce travail porte un caractère de véracité, qui dispose à admettre les assertions de M. Rittcher. Nous nous contenterons de rapporter deux observations, dont une mentionnée plus haut.

Un homme, âgé de 44 ans, est pris d'un point de côté avec dyspnée, le 14 mai 1831. Son apothicaire lui administra la digitale et l'acétate de potasse; le mal augmenta. Le 15 au soir : angoisse extrême, dyspnée, toux difficile, crachats jaunes et sanglans, pouls plein, vibrant: quatre-vingts-dix pulsations. M. Rittcher fait tirer une livre de sang, soulagement immédiat. (Ventouses sur la poitrine; nitre et émétique à doses réfractées.)

Le 16 au matin, augmentation des accidens, (saignée d'une livre.)

A 9 heures du matin, aucun soulagement; crachats écumeux tout-à-fait sanglans; dyspnée extrême; râle effrayant; affaiblissement considérable. La couenne inflammatoire est fort épaisse. (Calomel et soufre doré d'antimoine, de chaque 1 gros toutes les deux heures.)

A midi, pouls petit, fréquent; délire vague. Troisième saignée.

A trois heures, pouls intermittent, mou; 100 pulsations. Visage violacé, dyspnée extrême, râle plus fort; crachats de sang pur, écumeux, expectoration pénible; délire. (Administration de l'acétate de plomb et du laudanum sous la forme indiquée; toutes les quatre heures une cuillerée à bouche.)

A six heures, expectoration facile, dyspnée moindre, pouls plein; 90 pulsations. (Prendre la potion toutes les trois heures.)

A dix heures, l'amélioration se soutient; il y a de l'appétit. Le malade est pris d'un délire gai. La nuit se passe bien, et le lendemain le malade est en état de s'asseoir dans un fauteuil. Le trouble cérébral diminue. Les crachats deviennent épais et muqueux. La potion n'est plus administrée que trois fois par jour.

Le 18, suppression de la potion. Le soir, les symptômes reparaissent du côté de la poitrine; la tête est libre.

Le 21, les accidens ont toujours augmenté, et la pneumonie menace de reprendre le caractère grave qu'elle avait peu de jours avant. (La potion est reprise).

A dater de ce moment l'amélioration marcha rapidement. La mixture fut plus tard remplacée par des pondres d'un tiers de grain d'opium et d'acétate de plomb, prises trois fois par jour. Le malade s'est trouvé en même temps délivré d'un catarrhe qui reparaissait presque tous les mois.

Un homme âgé de 54 ans, affecté d'une pneumonie franche, se fait tirer une livre et demie de sang. Le soulagement est momentané, et le lendemain soir, l'angoisse, le point de côté et la toux ont augmenté. Le malade, dans un accès de délire, court en chemise dans les champs. Néanmoins le lendemain matin l'état est meilleur; une forte éruption a eu lieu autour de la bouche. Les crachats sont cependant jaunes et sanglans. C'était le 4 septembre.

Le 5, symptômes d'une violente pneumonie, angoisse, point de côté, toux sèche, supination. (Saignée de 11 onces, administration de la potion avec addition d'un demi-scrupule de digitale pourprée, toutes les quatre heures). Le soir, amélioration notable, crachats abondans, épais; l'amélioration se soutient; et le 8 le malade est en état de travailler. (*Magazin de Rust*, 39.e vol., 3.e cah.)

De l'effet de l'irritation des mamelles dans l'amennorrée; *par le docteur Patterson.* — Obs. Ire. — Mary Reardon, âgée de 24 ans, d'un embonpoint modéré, entra à l'hôpital de Rathkeale, le 10 août 1832. Elle était atteint d'une légère fièvre, qui céda en peu de jours à la saignée et aux purgatifs. Le 19, symptômes que l'on considéra comme hystériques, douleur dans la partie supérieure et externe du côté droit de la poitrine. On prescrivit un petit sinapisme sur le point douloureux; mais par l'inattention de l'infirmier, le sinapisme fut fait si grand qu'il recouvrait une partie considérable de la mamelle, sur laquelle il resta appliqué pendant une demi-heure.

Le 20, mamelle droite extrêmement douloureuse; la douleur différait complètement de celle pour laquelle on avait prescrit le sinapisme. Tout le côté droit de la poitrine était tuméfié; légère rougeur diffuse de la peau; mamelle offrant quatre ou cinq fois son volume or-

dinaire, sans induration, ni tendance à l'inflammation suppurative.

Le 21, tuméfaction de la mamelle droite et du côté correspondant de la poitrine encore plus considérable que la veille ; état normal du côté gauche. Les règles, qui étaient supprimées depuis deux ans et demi, se sont rétablies et coulent abondamment. Elles ont continué ainsi pendant deux jours, et ont disparu graduellement ; avec elles s'est dissipé l'engorgement de la mamelle. Cette femme est restée normalement réglée depuis cette époque.

Obs. II. — Catherine Pawer, âgée de 19 ans, consulta le docteur Patterson, le 14 septembre 1832, se plaignant de céphalalgie, d'anorexie, et de faiblesse qui l'empêchait de remplir ses devoirs de servante. En avril de la même année, au moment où elle avait ses règles, elle avait plongé ses mains dans l'eau froide. Les règles s'étaient supprimées subitement et n'avaient plus reparu depuis ce temps. Diverses méthodes de traitement n'avaient pu lui rendre la santé. Le docteur Patterson prescrivit l'application d'un sinapisme sur la moitié claviculaire de la mamelle droite. Cette mamelle se tuméfia, devint chaude et douloureuse. Le lendemain matin, augmentation de l'engorgement qui s'étendait à la clavicule et à l'aisselle. On ne sentait aucune tumeur dure dans la mamelle, qui était tendue, élastique et douloureuse. Le soir même, les règles parurent ; elles coulèrent pendant deux ou trois jours, la jeune fille se portait très-bien. La menstruation a continué de se faire régulièrement comme dans le cas précédent. (*Dublin Journal* ; N° XI.).

Pharmacologie, Toxicologie.

Effets toxiques du cyanure de potassium en lavement.—Un homme atteint d'une névralgie du tronc, prit trois lavemens composés, chacun de six onces d'eau et de six grains de cyanure de potassium *humecté*, mais encore en masse ; le premier et le troisième lavemens furent administrés froids ; le second fut chauffé au bain-marie, en tenant la bouteille bouchée. Tous les trois occasionnèrent de fortes convulsions, des contractions violentes des membres ; les yeux devinrent fixes, les pupilles dilatées. A la suite le malade se trouva mieux et put se lever ; ce qu'il avait été dans l'impossibilité de faire depuis un an. Un quatrième lavement, composé comme les précédens, si ce n'est que le cyanure de potassium était *en bouillie*, et tellement *humide* qu'il adhérait aux parois du bocal, fut administré au même malade, qui ne ressentit aucune douleur et n'éprouva aucun accident. Un cinquième lavement, donné 36 heures après le quatrième, fut préparé avec la même dose de cyanure *bien sec*, pris dans un bocal qui n'avait pas encore été débouché et qui exhalait à peine de l'odeur. Le malade mourut au bout d'une heure, après avoir éprouvé les symptômes suivans : Con-

vulsions générales, battemens de cœur, respiration lente et difficile, refroidissement des membres, dilatation de la pupille, yeux fixes.

A la suite de cette observation, qui lui a été communiquée par M. Trouvé, professeur à l'École de Médecine de Caen, M. Orfila fait les réflexions suivantes : ce fait établit une différence marquée entre l'action du cyanure de potassium sec et humide. Ce dernier paraît beaucoup moins actif. N'est-il pas probable que c'est parce qu'il a été décomposé par suite de l'action de l'humidité ? Les expériences de M. Pelouze militent en faveur de cette opinion : ce chimiste ne s'est-il pas assuré qu'en chauffant une dissolution aqueuse concentrée de cyanure de potassium, on la transforme en ammoniaque et en formiate de potasse qui est inerte ? Des composés analogues se seraient-ils formés par suite de l'action prolongée de l'humidité, sur le cyanure de potassium ? Quoi qu'il en soit, il faut encore tenir compte, pour expliquer la différence d'action, de la quantité d'eau renfermée dans les six grains de cyanure en bouillie, ce qui a dû nécessairement diminuer la proportion de cyanure potassium réel qui y était contenu. (*Journal de chimie, pharm. et toxic.* 1834.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 15 février. — Continuation de la discussion sur le projet de loi relatif a l'exercice et a l'enseignement de la médecine. — La discussion s'ouvre sur un article relatif à la responsabilité médicale, dont voici le texte : « Les médecins et les chirurgiens ne sont pas responsables » des erreurs qu'ils pourraient commettre dans l'exercice consciencieux » de leur art : les articles 1382 et 1383 du Code civil ne leur seront pas ap- » plicables dans ces cas. » — M. Maingault reproche à l'article de ne pas donner assez de garanties aux médecins ; il faut, selon lui, exprimer, que dans aucun cas d'exercice consciencieux de son art, le médecin ne pourra être traduit devant les tribunaux. — M. Marc appuie la remarque de M. Maingault, et veut qu'on formule la loi de manière que non-seulement le médecin soit déclaré irresponsable par les tribunaux, mais qu'il ne puisse être intenté d'action judiciaire contre lui, pour faits relatifs à l'exercice consciencieux de son art. — M. Adelon combat, et l'article de la commission, et les opinions que viennent d'émettre MM. Maingault et Marc. Se propose-t-on, par l'article, de prévenir les actions en dommages et intérêts contre les médecins pour faits de leur profession ? On n'obtient pas ce résultat. L'article en effet n'affranchit de la responsabilité que pour *erreurs commises de bonne foi dans l'exercice consciencieux de l'art ;* pour

tous les autres dommages résultans de l'exercice de l'art, il laisse subsister la responsabilité; et conséquemment il y aura toujours des instances pour faire distinguer si les dommages sont dans la catégorie de ceux dits irresponsables, ou dans la classe de ceux auxquels la responsabilité est conservée. D'autre part, l'article ne répond pas aux articles 1382 et 1383 qu'appliquent les tribunaux. Ces articles en effet n'imposent de réparations aux médecins que pour dommages causés par *faute*, par *négligence* ou *imprudence*; et quand un médecin pèche par *faute*, *négligence* ou *imprudence*, on ne peut pas dire qu'il y a *exercice consciencieux de son art*. Ainsi, avec l'article de la commission, il sera donc loisible d'attaquer en justice un médecin pour faits de sa profession; et il sera possible à un tribunal de le condamner en application des art. 1382 et 1383, parce que des dommages causés par des *fautes*, des *négligences*, des *imprudences*, ne seront jamais confondus avec ceux dépendans *d'erreurs commises de bonne foi dans l'exercice consciencieux de l'art*. M. Adelon demande la suppression de l'article et de toute la partie du rapport qui le concerne : parce qu'il n'y a, selon lui, rien à changer à la législation actuelle. Envain on oppose qu'avec le principe de la responsabilité médicale, la pratique est obligée d'être timide et hors d'état de faire aucuns progrès; depuis 3000 ans que cette responsabilité existe, la science est-elle restée stationnaire? et n'a-t-on inventé aucunes opérations, n'a-t-on essayé aucuns remèdes nouveaux? Envain on oppose encore, que ce principe ouvre aux malades injustes et ingrats une voie facile de s'affranchir de ce qu'ils doivent à leurs médecins; l'expérience de 3000 ans est encore là pour repousser cette objection; rien de plus rare que les instances contre les médecins pour faits de leurs professions; et presque toujours ces instances étaient bien fondées. D'ailleurs, quelle loi est tout-à-fait sans inconvéniens! et entre celui d'exposer un digne médecin à une injuste accusation, et celui d'abandonner la société à *l'ignorance crasse*, *à la témérité irréfléchie*, *à l'inattention des médicastres*, le premier est, sans contredit, le moins grave. Repoussez donc, Messieurs, dit en terminant M. Adelon, une proposition qui ne tient à rien moins qu'à vous faire demander pour votre profession, la plus importante de toutes, le privilége exclusif de *l'étourderie*, de *l'inattention*, et à vous faire prendre fait et cause pour tous les ignorans qui la déshonorent.—M. Double réplique que pour un malade qui n'obtient pas, des soins de son médecin, la guérison qu'il en attend, toujours il y a tendance à reprocher une *faute*, une *négligence*, une *imprudence*; et c'est à prévenir les instances de ce genre que tend l'article proposé par la commission. Ces instances depuis quelque temps se sont multipliées à un point qui a inquiété les praticiens, et les a rendus, au préjudice de la société, timides dans leur pratique. — M. Villeneuve ajoute que de dignes

médecins peuvent être eux-mêmes soumis à de telles actions judiciaires, et il cite en exemple le procès qui fut dans le temps intenté au célèbre Baudelocque. — M. Adelon reproduit encore, 1.° que si l'on ne proclame pas l'immunité absolue, les instances seront toujours possibles; 2.° et que si l'on propose le principe de l'immunité absolue, il sera et devra être repoussé par le législateur comme dangereux à la société, et dans l'intérêt même de la médecine dont il amènerait la ruine et le déshonneur. — Malgré son insistance, l'article de la commission est adopté.

L'Académie adopte presque sans discussion l'article suivant ainsi conçu : *A l'avenir, les médecins ne seront plus soumis à l'impôt des patentes.* Deux membres seulement ont voté contre. — M. Chevalier a demandé, mais vainement, que le même bénéfice d'exemption fût donné aux pharmaciens. — Sur la proposition de M. Cornac, l'Académie a décidé que la partie du rapport qui concerne la question des patentes, fut immédiatement envoyée, et au ministre de l'instruction publique, et à la commission du budjet.

Sont adoptés de même les articles suivans sur les eaux minérales : « A l'avenir, les dépôts d'eaux minérales naturelles; le débit, la vente, la distribution de ces eaux hors la source, ne pourront avoir lieu que dans les officines légalement établies. La préparation des eaux minérales artificielles, ainsi que la vente et la distribution de ces eaux, sont exclusivement réservées aux pharmaciens légalement établis. Les dépôts d'eaux minérales maintenant existans seront conservés jusqu'au décès des propriétaires. Ils seront soumis aux mêmes visites que les pharmacies. » M. Orfila a proposé d'ajouter deux autres articles sur les eaux minérales, savoir : 1.° que considérant les eaux minérales comme des médicamens, on ne puisse user de ces eaux sans l'ordonnance du médecin-inspecteur; 2.° que le gouvernement ne puisse prendre celui-ci que dans une liste de candidats présentés par l'Académie royale de Médecine. Après une longue discussion, ces deux articles additionnels sont adoptés, avec ces modifications à l'égard du premier, qu'il sera exprimé qu'il suffit de l'ordonnance d'un médecin, quel qu'il soit, et que cette condition ne sera exigée que pour celles des eaux minérales qui sont assez actives pour ne pouvoir être prises sans dangers.

Séance du 22 février. — M. le président met en discussion l'article suivant : « Les médecins et officiers de santé ne pourront fournir de médicamens à des malades, que si ceux-ci résident à plus d'un demi-myriamètre d'une officine légalement établie. Les contrevenans à cette disposition seront passibles d'une amende de 100 francs. Cette amende pourra être triple en cas de récidive. Les médicamens officinaux tenus ainsi en provision chez des médecins et officiers de santé, devront avoir été pris dans une pharmacie légalement ouverte :

ils en porteront l'étiquette. Ces dépôts seront sujets à la visite légale. » — M. Adelon remarque que cet article reproduit avec quelques perfectionnemens l'art. 27 de la loi du 21 germinal an 11, qui aujourd'hui régit la matière. Ce sont en effet des perfectionnemens que d'avoir attaché une pénalité à la vente des médicamens par les médecins hors l'exception stipulée, que d'avoir soumis les dépôts des médicamens des médecins de campagne aux visites, et que d'avoir ordonné que ces médicamens fussent achetés chez des pharmaciens. Mais M. Adelon blâme la détermination de la distance d'un demi-myriamètre; ce sont là de trop petits détails pour une loi; et d'ailleurs ce serait souvent préjudiciable aux malades. Qui ne sait que les chirurgiens de campagne ont et doivent toujours avoir sur eux un certain nombre de médicamens, ceux qui doivent être administrés promptement, par eux-mêmes, et que les malades n'auraient pas le temps d'envoyer chercher à une officine éloignée? Il vote donc la suppression du 1.er paragraphe, et l'adoption des suivans.— M. Maingault demande la suppression de tout l'article, parce que la vente des médicamens est souvent le seul moyen que des officiers de santé puissent se soutenir dans les campagnes. — M. Lodibert propose qu'il soit inscrit au Codex un catalogue des médicamens que pourront ainsi avoir en dépôt chez eux les officiers de santé exposés à pratiquer dans des pays où il n'y a pas de pharmaciens établis.— Après une longue discussion, l'article est adopté avec ces deux modifications; savoir, que l'amende est abaissée de 100 fr. à 50 fr., et que les visites des dépôts de médicamens chez les officiers de santé seront gratuites. L'Académie adopte aussi la proposition de M. Lodibert.

L'article suivant est ainsi conçu : « Des peines particulières seront » prononcées contre chacune des infractions prévues : les peines se- » ront surtout pécuniaires. » — M. Adelon demande le renvoi de cet article à la commission. D'une part, la première partie n'est qu'un principe général dont l'expression n'apprend rien au gouvernement; ce qui importait était de faire une application de ce principe, c'est-à-dire, d'énumérer tous les délits possibles sur l'exercice de l'art de guérir, et de stipuler la pénalité à infliger à chacun de ces délits. La commission l'a fait pour quelques-uns; pourquoi ne le ferait-elle pas pour tous? Il importait surtout qu'elle s'expliquât sur les pénalités stipulées dans les lois actuelles, pénalités qui, selon lui, ne sont pas suffisantes. Une amende, dont le maximum est de 1000 fr., mais que le juge peut abaisser autant qu'il lui plaît, est, par exemple, la peine infligée à quiconque usurpe le titre de docteur; et delà, des condamnations à 15 fr., 30 fr. d'amende, lesquelles sont évidemment insuffisantes. D'autre part, M. Adelon ne partage pas cet avis de la commission, que les *peines doivent être surtout pécuniaires*; il pense que l'intérêt de la société, et la dignité de l'art

exigent qu'en quelques cas, la peine soit un emprisonnement. — M. Double combat le renvoi à la commission, sur le double motif que la commission n'a pas prétendu faire une loi complète, et que fatigué d'un si long travail, lui rapporteur, ne peut plus et ne veut plus rien y ajouter.

Séance du 1er mars. — La discussion est reprise sur l'article ci-dessus. — M. Double demande que l'Académie adopte ou rejette simplement l'article, lequel, du reste, est moins un article de loi qu'un avertissement que l'académie donne au gouvernement, pour qu'il n'oublie pas d'attacher une pénalité à chaque infraction prévue. — M. Pelletier pense que M. Adelon eût économisé le temps de l'Académie, si, au lieu de demander le renvoi à la commission, il eût formulé lui-même les pénalités à infliger à chaque délit. — M. Adelon réplique, que la discussion a pour but de faire signaler les omissions qu'a pu faire la commission, et de la mettre à même de rendre parfait son travail : en demandant le renvoi de l'article à la commission, il n'a voulu que lui faire faire pour tous les délits ce qu'elle a fait pour plusieurs. D'ailleurs, qui ne sent qu'on ne peut improviser sous forme d'amendement un tarif de pénalité? Il faut établir l'harmonie entre les peines; c'est tout un système qui doit reposer sur une base unique; et une commission seule peut préparer avec fruit un pareil travail. L'Académie clôt la discussion et adopte l'article tel qu'il est présenté par la commission.

Il en est de même de la proposition suivante : « Il sera rédigé une loi unique qui embrassera tous les points relatifs à l'exercice, aux progrès, et à l'enseignement de l'art de guérir. Toutes les lois et ordonnances antérieures sur ces matières seront abrogées. »

La discussion s'engage sur la cinquième partie du rapport qui concerne la *pharmacie*. Le premier article proposé par la commission est le suivant : « Nul ne pourra être admis pour la première fois dans une officine en qualité d'élève, que sur l'autorisation du conseil médical du département. Pour accorder cette autorisation, le conseil constatera la moralité du jeune homme, qu'il a fait jusqu'à sa troisième classe inclusivement, dans un des collèges universitaires; il s'assurera, par voie d'examen, que l'élève possède en effet ce qu'on enseigne jusques à cette classe, et qu'il a des connaissances élémentaires en mathématiques, physique et histoire naturelle. Ces mêmes examens enfin seront de rigueur pour l'admission des élèves dans les pharmacies des hôpitaux tant civils que militaires. » A propos de cet article, M. le président communique une lettre écrite au nom des élèves en pharmacie, par laquelle ces élèves demandent que l'on exige d'eux le diplôme de bachelier ès-lettres. M. Lodibert repousse l'article de la commission, comme portant atteinte au principe de liberté, en exigeant une autorisation pour qu'un élève puisse être

admis dans une pharmacie ; il lui en substitue un autre dont il formule le texte, et qui établit qu'on ne pourra être reconnu élève en pharmacie qu'autant qu'on aura acquis l'âge de 17 ans, obtenu le diplôme de bachelier ès-lettres, fait preuve de moralité, etc. — M. Bussy appuye la condition du baccalauréat ès-lettres ; mais il pense qu'au lieu de l'exiger dès le commencement des études en pharmacie, il suffit de le demander avant les examens de la réception. — M. Orfila propose un moyen terme, de l'exiger, non dès les premiers temps de la scholarité, quand on est admis comme élève dans une officine, mais au moment où l'on se présente pour suivre les cours dans une école. — M. Adelon fait remarquer que l'Académie doit choisir entre deux systèmes ; celui de la commission qui ne permet de commencer la scholarité de la pharmacie qu'avec une autorisation du conseil médical ; et celui de M. Lodibert, qui fixe seulement les conditions qui donneront à la scholarité un caractère légal. Il repousse le premier de ces systèmes, comme empiétant sur la liberté, et adopte au contraire le second ; il approuve la condition de l'âge de 17 ans, et celle du diplôme de bachelier ès-lettres. Ainsi, il sera loisible à tout élève d'étudier la pharmacie avant l'âge de 17 ans, et avant d'être bachelier ès-lettres ; mais ce ne sera que lorsque ces deux conditions seront remplies que sa scholarité lui comptera pour sa réception. Il termine en demandant que l'Académie se prononce d'abord sur celui des deux systèmes qu'elle veut adopter. — Il est successivement décidé ; que le diplôme de bachelier ès-lettres sera exigé des élèves en pharmacie ; et que ce diplôme sera exigible, non lors de l'admission comme élève dans une officine, mais lors de la présentation aux cours des Ecoles, et par conséquent bien avant les examens de la réception. En conséquence de ces décisions, l'article de la commission est annullé, et sera remplacé par un autre qui exprimera ce qui vient d'être arrêté.

Séance du 8 mars. — Titre II. *Surveillance des stages.* — « Dans chaque conseil médical de département, il y aura un registre ouvert pour les élèves en pharmacie de tout le département. Ce registre contiendra les noms des jeunes gens attachés aux diverses pharmacies du département, avec la date de leur examen par le conseil médical, et celle de leur entrée dans la pharmacie. Tout élève qui voudra passer d'une pharmacie dans une autre, devra en donner avis au conseil ; le récépissé de cet avis par le conseil sera indispensable pour passer dans une nouvelle pharmacie. Le pharmacien de son côté devra transmettre un avis semblable du passage de l'élève chez un autre pharmacien, et aussi de la renonciation que pourrait faire l'élève à suivre cette carrière. Pareil avis sera donné de l'entrée de l'élève dans la pharmacie nouvelle qu'il aura choisie. Tous ces mouvemens seront exactement annotés aux registres du conseil médical du département. Les certificats de stage dans les pharmacies, donnés d'abord par les

pharmaciens, seront visés et annotés avec les observations des conseils médicaux. Ces certificats seront seuls valables pour constater le temps d'études exigé pour la réception. » — M. Lodibert fait remarquer que dans ce long article, il y a des points qui se rapportaient à l'article annullé par l'Académie dans sa précédente séance, et qui conséquemment doivent être aussi retranchés; par exemple, ce qui est dit de l'*examen* des élèves par le conseil avant leur entrée dans une pharmacie; l'article doit se borner à ce qui concerne *la surveillance des stages*, ainsi que le porte son titre. — M. Double maintient la rédaction de l'article, qui est adopté tel qu'il a été présenté.

La discussion s'établit sur le titre 3, intitulé *réception* : » nul ne pourra à l'avenir être reçu pharmacien, si ce n'est dans les écoles spéciales de pharmacie du royaume. Adopté. 2° les études pharmaceutiques devront être continuées six années : de ces six années, une au moins devra être consacrée à suivre dans une des écoles spéciales, tous les cours de scholarité qui composent l'enseignement complet de la pharmacie. » D'une part, MM. Orfila et Adelon demandent la suppression du mot *spéciales*, afin qu'il soit loisible aux élèves en pharmacie de suivre les cours exigés d'eux, dans une école secondaire ou préparatoire de médecine : c'est imposer aux élèves en pharmacie de trop grands frais, que de les obliger à venir passer une ou deux années dans une des six écoles spéciales de pharmacie du royaume. Cette proposition est rejettée. — D'autre part, sur la proposition de M. Pelletier, on décide que le temps à passer dans une école sera de deux ans. 3.° il y aura autant d'examens que de cours composant l'enseignement dans l'école où le candidat sera examiné; plus, la série des préparations pharmaceutiques actuellement en usage à la thèse. M. Adelon blâme le vague de cet article; toutes les écoles de pharmacie doivent être organisées de la même manière, et par conséquent doivent avoir le même nombre de cours. Ce n'est pas par le nombre des cours qu'il faut déterminer le nombre des examens, mais par celui des sciences que doit posséder le pharmacien; il faut un examen pour chacune de ces sciences. La commission ici devait suivre l'exemple donné par la loi actuelle, qui a fixé le nombre des examens à trois, un sur les principes de l'art, un sur les drogues et la botanique, et un troisième tout pratique, consistant dans la préparation de neuf composés pharmaceutiques. Sur les propositions réunies de MM. Velpeau, Lodibert, Orfila et Soubeiran, l'Académie décide qu'il y aura, 1.° trois examens théoriques, un sur la chimie et la physique, un second sur l'histoire naturelle et la matière médicale, et un troisième sur la pharmacie et la toxicologie; 2.° des préparations et une thèse. Enfin, la discussion s'ouvre sur le dernier article de ce titre de la réception : « Les actes probatoires ne seront plus exclusivement confiés aux professeurs de l'école; des pharmaciens étrangers à l'école feront partie des examina-

teurs dans la proposition d'un tiers. » MM. Robiquet, Orfila, Bussy combattent le principe de cette adjonction de pharmaciens étrangers à l'école aux jurys d'examens; ils craignent de n'avoir pas en eux des interrogateurs suffisamment instruits. — M. Pelletier veut que les étrangers adjoints aux jurys n'y soient qu'assistans et juges, mais non interrogateurs. — M. Dupuy voudrait que personne n'interrogeât et que l'élève répondît seulement à des questions qui seraient, d'avance et en grand nombre, déposées dans une urne, d'où il les tirerait au hazard, successivement, et autant qu'il plairait aux juges. L'Académie décide qu'il y aura des pharmaciens étrangers à l'école admis aux jurys d'examen, et que le nombre de ces pharmaciens adjoints fera, non le sien, mais la moitié du jury.

Séance du 15 mars. — M. Lodibert propose trois articles additionnels au titre des *Réceptions*. 1.° Pourra être reçu pharmacien tout élève âgé de 24 ans révolus, qui prouvera trois ans d'études dans les Ecoles, et deux ans de stage dans une officine. Comme on apprend plus dans les Ecoles que dans les officines, il est juste, dit M. Lodibert, de donner plus de valeur à ce genre d'études. Sur les remarques faites par MM. Double, Robiquet, Pelletier, qu'il est difficile de s'assurer de la présence réelle des élèves dans les Ecoles, et que les inscriptions à cet égard ne font pas loi, l'article est repoussé. 2.° Les élèves qui continueront leurs études dans l'année qui suivra la promulgation de la nouvelle loi, seront libres de se faire recevoir selon les formes prescrites par la loi actuelle, celle du 21 germinal an XI. — Rejeté, parce que le gouvernement aura soin que la loi nouvelle n'ait aucun effet rétroactif. 3.° Enfin les docteurs en médecine et ès-sciences qui voudront se faire recevoir pharmaciens, ne seront tenus qu'à deux ans de stage dans une officine. — Egalement rejeté.

Le titre IV porte pour titre : *Surveillance des officines*. 1.° La surveillance et la visite des officines sont confiées exclusivement aux conseils médicaux des départemens. Trois membres de ces conseils seront toujours exigibles pour ces visites; il y aura toujours au moins un pharmacien. — Adopté. — 2.° Ces visites, qui pourront d'ailleurs être rendues plus fréquentes sur une délibération expresse du conseil réuni en assemblée générale, auront lieu deux fois par an au moins. Dans tous les cas elles seront faites inopinément et à des époques différentes de l'année. — Sur la proposition de M. Robiquet, au lieu de mettre *auront lieu* deux fois par an, on met, *auront lieu au moins une fois l'an*; et sur celle de M. Adelon, au lieu de mettre, *inopinément et à des époques différentes de l'année*, on met *seront faites à des époques indéterminées*. — 3.° La vérification du stage des élèves en pharmacie, sera aussi un des objets de ces visites. Adopté. — 4.° Dans l'examen des médicamens de tous les ordres, sera noté particulièrement l'état des médicamens patentés. — Adopté. —

5.° Procès-verbal de la visite sera rédigé immédiatement dans la pharmacie même, avec les observations et remarques. Il sera dressé copie double de ce procès-verbal, et les copies signées par les trois membres chargés de la visite, seront envoyées, l'une à la préfecture, l'autre au conseil médical du département. — Adopté. — 6.° Dans ces visites, les membres chargés de les faire devront toujours être assistés d'un commissaire de police, et du maire ou de l'adjoint dans les communes où il n'existe pas de commissaire de police. — Adopté. — 7.° Les pharmaciens ayant officine ouverte, seront tenus d'avoir tous les médicamens, tant simples que composés, inscrits au Codex. Ils pourront avoir aussi les divers médicamens publiés dans les autres formulaires nationaux et étrangers. Quant aux remèdes étrangers non publiés dans les formulaires, ceux-là rentreront dans la série des médicamens patentables, et en subiront toutes les conditions. — Adopté. 8.° Tout pharmacien ayant officine devra avoir son nom inscrit sur son enseigne, sur ses étiquettes et sur sa patente ; il n'y aura de pharmaciens avoués, reconnus, que ceux qui réuniront ces trois conditions. On discute sur le mot *enseigne*, que M. Lodibert repousse comme peu digne. La commission est chargée de substituer un autre mot, et l'article est adopté. 9.° La loi n'admet d'associations valables que celles qui ont lieu entre pharmaciens reçus ; ceux-là seront légalement reconnus et véritablement responsables. — Adopté. — 10.° Nulle association entre un pharmacien reçu et d'autres personnes ne pourra avoir lieu autrement que par voie de commandite de la part de ces dernières. — Adopté. — 11.° La loi déclare incompatibles le commerce de la droguerie en gros et le commerce des composés pharmaceutiques en détail, nul ne pourra donc tenir simultanément magasin de droguerie pour négoce et officine. MM. Robinet et Robiquet pensent qu'il y a convenance à empêcher un droguiste de faire de la pharmacie, mais ils ne voient pas quel intérêt social il y a à empêcher un pharmacien de faire de la droguerie. M. Pelletier dit que tôt ou tard la pharmacie devra se partager en deux branches, la pharmacie en gros et la pharmacie en détail. — M. le rapporteur annonce que la pensée de la commission a été, d'une part, de permettre aux pharmaciens la vente en gros des médicamens composés aussi bien que leur vente en détail ; et, d'autre part, d'ajouter à la loi un tableau des substances dont la vente sera du ressort de la droguerie. Avec ces deux remarques, l'article est adopté. 12.° Les magasins de droguerie seront passibles de la visite légale, aux mêmes conditions et de la même manière que les officines des pharmaciens. — Adopté. — 13.° A l'avenir, nul ne pourra préparer, distribuer, ni vendre des médicamens, s'il n'est pharmacien reçu, inscrit à ce titre sur les listes dressées par le conseil médical, et s'il n'a officine ouverte, le tout conformément aux lois qui régissent la matière. — Adopté. — 14.° Les dro-

guistes, épiciers, herboristes, parfumeurs, confiseurs, ne pourront sous aucun prétexte, empiéter sur les attributions légales de la pharmacie. Des tableaux détachés fixeront les substances simples et composées qui appartiennent exclusivement au commerce de la pharmacie, et celles qui seront licites aux autres commerces. — M. Robinet demande qu'à la suite du mot *confiseurs*, on ajoute *et autres professions analogues*. — Adopté. — 15.° La fabrication, la préparation en grand des substances médicamenteuses de tout genre, ne pourront être faites que par des pharmaciens légalement reçus; c'est seulement en leur nom que pourra être délivrée la patente de fabrication. — Adopté. — 16.° les pharmacies des hôpitaux, hospices, bureaux de secours, de bienfaisance, et autres établissemens publics et *particuliers*, ne pourront être régies que par des pharmaciens légalement reçus. — Adopté. — 17.° Dans ces pharmacies spéciales bien distinctes des officines légalement établies, toute vente de médicamens demeure sévèrement interdite. Dans tous les établissemens tolérés, la distribution des médicamens aux indigens ne pourra être faite qu'en vertu d'ordonnances de médecins, et pour le service seul de l'établissement. — M. Adelon applaudit aux trois garanties exigées; savoir, que les pharmacies spéciales seront tenues par des pharmaciens, qu'on n'y vendra pas de médicamens, et qu'on n'en donnera que sur ordonnances de médecins; mais il demande la suppression de ces derniers mots de l'article, qu'on ne pourra donner de médicamens que *pour le service seul de l'établissement*; ce serait imposer des limites au droit d'aumône : aux trois conditions stipulees dans l'article, tout le monde a droit de faire don de médicamens. — M. Ferrus appuie cette suppression qui est adoptée. 18.° Nul pharmacien ne pourra tenir simultanément plusieurs officines, à quelque distance que ces officines se trouvent l'une de l'autre : l'infraction à cette disposition sera punie de la fermeture définitive de l'une des deux officines, et d'une amende. — Adopté. — 19.° Toutes les contraventions aux dispositions législatives touchant la pharmacie, seront punies d'une amende stipulée pour chaque cas. Adopté.

Séance du 22 mars. — M. Cornac propose un article additionnel au titre IV, ainsi conçu : « Nul pharmacien ne pourra, sous peine d'amende, distribuer aucun imprimé qui indique les doses et le mode d'administration des médicamens qu'il met en vente. — M. Lodibert appuie le principe, mais demande une exception pour les eaux minérales. Il est bien difficile d'empêcher les dépositaires des eaux minérales d'indiquer aux acheteurs les moyens de les prendre. M. Pelletier veut que la prohibition s'étende aux médecins eux-mêmes. — MM. Marc, Velpeau appuyent la proposition de M. Pelletier, et l'article est adopté avec ce seul changement : *Nul ne pourra sous peine d'amende*, etc.

M. Lodibert demande, 1.° que le concours soit désormais la voie qui fasse obtenir les chaires aux Ecoles de Pharmacie; 2.° que les Écoles de Pharmacie soient rattachées à l'Université; 3.° qu'une dénomination universitaire soit donnée aux pharmaciens, celle de *licencié* ou de *docteur*. Il est décidé que les propositions de M. Lodibert seront seulement consignées au procès-verbal.

Le titre V était relatif aux herboristes. Mais l'Académie ayant voté la suppression des herboristes, le titre V est retiré comme inutile.

Enfin le titre VI et dernier est relatif au Codex. 1.° Il faut un Codex officiel, obligatoire, pour toutes les pharmacies de France. 2.° Le Codex actuellement en usage n'est plus en rapport avec l'état présent de la science; 3.° il est urgent d'en publier un autre sous les conditions les plus favorables à sa composition. Ces trois premiers articles sont adoptés après de courts débats. Il n'en est pas de même du quatrième, ainsi conçu : « A l'avenir, et à des époques variables, suivant les exigeances progressives de la pharmacologie, des fascicules seront successivement annexés au Codex, jusqu'à ce que de plus grands progrès imposent la nécessité de le refondre en entier. » — Il est proposé et décidé que c'est l'Académie qui sera chargée de refaire le Codex, et de le tenir au courant de la science et des besoins de la médecine, par des additions successives : une commission permanente sera instituée à cet effet dans le sein de l'Académie. — M. Robiquet demande que la loi fixe des époques après lesquelles il devra y avoir nécessairement une révision du Codex : M. Adelon soutient la même opinion. — M. Double pense qu'on peut ajourner toute discussion sur ce point jusqu'au moment où l'Académie aura été saisie de la mission de faire le Codex, et où une commission permanente spéciale viendra lui exprimer une opinion sur cette question. L'Académie se range à l'avis de M. Double, et ajourne la discussion sur d'autres questions soulevées par M. Lobibert ; savoir, en quelle langue sera écrit le Codex, si les médicamens y porteront des noms officiels, etc.

M. Double, rapporteur de la commission, annonce que maintenant que la discussion sur le projet de loi est finie, il va revoir tout le travail, le corriger d'après les vues exprimées par l'Académie, et qu'ensuite dans une dernière séance il viendra le soumettre de nouveau à la compagnie. Il lui représentera aussi alors plusieurs objets qui ont été renvoyés à la commission, savoir, ce qui concerne le droit d'exercice et les Ecoles secondaires.

M. Adelon rappelle que le texte du rapport n'a jamais été discuté; que la discussion de ce texte, vainement demandée à plusieurs reprises dans le cours de la discussion, avait toujours été renvoyée, sur la prière de M. le rapporteur, à la fin du vote des articles de législation. Je trouve naturelle, dit M. Adelon, l'impatience qu'a l'Académie et M. le rapporteur surtout, de terminer de si longs débats; mais qu'on

pense à l'importance du sujet, l'institution d'une loi qui stipule sur l'exercice et l'enseignement des diverses branches de l'art de guérir; nous devons tous désirer que le travail de l'Académie soit le moins imparfait possible, et nous devons y concourir en signalant les imperfections, les omissions. Je pourrais en indiquer un assez grand nombre. Il y a surtout lieu de discuter le texte du rapport qui sera envoyé à l'autorité, comme œuvre de l'Académie, et il y a des remarques utiles à faire sur ce rapport, des faits inexacts à corriger, des parties en désaccord avec nos décisions.

M. Double répète qu'il va revoir tout le travail, et s'efforcer de lui faire exprimer clairement et complètement les décisions de l'Académie. Mais il se refusera à tout ce qui serait demandé en plus à la commission.

Sur la proposition de M. Lodibert, des remerciemens sont adressés à M. Double, par le président de l'Académie.

Académie royale des Sciences.

Suite de la séance du 27 janvier.— STRUCTURE ET FONCTIONS DE LA PEAU. — M. Breschet lit, en son nom et en celui du Dr Roussel de Vauzème, un mémoire sur ce sujet. En voici le résumé. M. Breschet, occupé de rechercher la structure des appareils des sens, avait commencé à étudier la composition de la peau; il regrettait de ne pouvoir faire ces recherches sur la peau des grands animaux, lorsqu'il reçut d'un jeune médecin, M. Roussel de Vauzème, un assez grand nombre de spécimen de l'organe cutané, provenant de différens cétacés, et notamment de la baleine franche (*balæna mysticetus.*) M. Roussel avait lui-même recueilli ces objets ainsi que beaucoup d'autres dans un voyage maritime fait à bord d'un bâtiment baleinier. Mais il n'a pas seulement fourni à M. Breschet des matériaux pour son travail, il l'a également aidé de ses recherches, de sorte que le mémoire est commun à tous les deux.

Les parties principales de la peau sur lesquelles les deux auteurs attirent dans ce mémoire l'attention de l'académie, sont: 1° le derme; 2° les papilles nerveuses; 3° l'appareil de la sécrétion de la sueur, composé d'un parenchyme glanduleux et de canaux sudorifères ou hydrophores; 4° l'appareil de l'inhalation, ou vaisseaux absorbans; 5° les organes producteurs de la matière cornée, ou appareil kératogène; 6° les organes producteurs de la matière colorante, ou appareil chromatogène.

Nous ne pouvons suivre les auteurs dans l'examen qu'ils font successivement de ces diverses parties, examen qui les conduit à signaler plusieurs dispositions restées jusqu'ici inaperçues, dispositions dont la

connaissance, si elles sont réelles, doit modifier les idées que l'on avait relativement à la transpiration, à la coloration de la peau, à la production des tissus épidermiques et de leur dépendance. Ainsi, dans les diverses parties de leur travail, les auteurs ont cherché à établir les faits suivans :

1° Il existe dans la peau un appareil de sécrétion de la sueur, composé d'un parenchyme glanduleux, sécrétant le liquide, et de canaux qui versent au dehors; ces canaux excréteurs sont disposés en spirales et viennent s'ouvrir très-obliquement sous les écailles de l'épiderme.

2° Les organes de l'absorption diffèrent sous quelques rapports des vaisseaux lymphatiques, avec lesquels ils paraissent cependant communiquer. Ces organes se présentent sous la forme de canaux transparens d'une grande fragilité, rameux et formant de petites anses de communication les uns avec les autres, mais sur lesquels il a été impossible de reconnaître aucun orifice, aucune bouche terminale pouvant servir à l'absorption, ce qui porte à penser que cette fonction ne peut pas s'exécuter par une sorte de succion, mais bien plutôt par imbibition ou par un mécanisme analogue à celui de l'endosmose.

3° Le milieu dans lequel ces canaux sont répandus, est une substance produite par une véritable sécrétion, substance fortement hygrométrique, par l'intermédiaire de laquelle s'opèrent les phénomènes de l'absorption. Si sur les surfaces muqueuses l'absorption est plus prompte et plus facile, c'est, disent les auteurs, parce que sur ces tissus, la mucosité, qui est comparable sous plus d'un rapport au corps épidermique, est moins dense et plus miscible avec les liquides qui doivent être absorbés.

4° Les corps papillaires sont véritablement nerveux, et les filamens nerveux qui entrent dans la composition de chaque papille, ne se terminent pas formant un pinceau où chaque fibrille serait libre et isolée; mais les ramuscules nerveux paraissent offrir des anses ou arcades terminales.

5° Ces papilles sont enveloppées d'une membrane propre et d'une couche fournie par la substance cornée épidermique.

6° Des vaisseaux sanguins pénètrent aussi dans les papilles, mais leur volume est bien inférieur à celui des filets nerveux.

7° Les diverses couches cornées épidermiques constituent un appareil particulier, composé d'un organe de sécrétion et d'un produit disposé en fibres d'abord perpendiculaires au derme, lesquelles deviennent ensuite horizontales. Ces fibres ou petites tiges résultent d'une superposition de petites écailles, et l'épiderme proprement dit n'est que la partie de ces tiges la plus éloignée du derme.

8° Dans cette substance épidermique formée de tiges écailleuses, se trouvent répandus les canaux absorbans et les papilles nerveuses.

9° Indépendamment de l'appareil de sécrétion de la substance cor-

née épidermique, il existe dans la peau, vers la face externe du derme, un petit appareil pour la sécrétion de la matière colorante. —Les autres séances de l'Académie pendant les mois de février et de mars, n'ont rien offert qui puisse intéresser particulièrement la médecine, si ce n'est la lecture de la première partie d'un mémoire sur la cause du bruit du cœur, par M. Magendie, et une lettre de M. Brouillard, sur le même sujet; nous en présenterons le résumé au prochain numéro. Dans ces mois, l'Académie a procédé au remplacement de trois de ses membres, par suite de l'élection qui a lieu le février, le professeur Roux est devenu le digne successeur de Boyer. MM. Ad. Bronguiart et A. Prischard ont été nommés dans la section de botanique.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.
Tomes IV-V-VIe. — 1833. — *Chez Béchet jeune.*

La description des eaux minérales occupe une place importante dans la partie des volumes IV et V, dont il me reste à parler dans mon dernier article. M. Raige-Delorme expose les effets thérapeutiques de celles de Bade, Bagnères, Barrèges, Bonnes, Bourbon, Bourbonne, etc. Cet auteur s'acquitte avec talent et conscience de la tâche souvent ingrate qu'il a entreprise. Tâche ingrate, ai-je dit et à bon droit, car elle aboutit ordinairement à cet aveu, que nous ne possédons aucune connaissance précise sur l'action de ces eaux. Je n'en veux pour preuve que l'article Barèges. Ces bains jouissent d'une réputation colossale; de tous les points de la France, les médecins y envoient leurs malades quand ils ne savent plus qu'en faire; de nombreux et volumineux écrits ont été publiés au sujet de ces eaux. Néanmoins la plus grande incertitude règne encore sur leurs effets réels, comme le prouve M. Raige-

Delorme, après avoir soumis à une critique sévère et judicieuse, les ouvrages des Bordeu et autres sur l'objet qui nous occupe. Comment en serait il autrement quand on voit préconiser pour les mêmes maladies, Barrège et Bourbonne dont les eaux ont une composition tout-à-fait différente? Tant qu'une statistique des eaux minérales basée sur des donnécs exactes ne sera pas faite, nous resterons aussi incertains que maintenant sur leurs effets thérapeutiques. Les articles de M. Raige-Delorme n'en seront pas moins consultés avec fruit par ceux qui voudront connaître à ce sujet l'état de la science. M. Soubeiran traite la question sous le point de vue chimique et géologique, sa tâche était plus facile; il s'en est acquitté de manière à ne rien laisser à désirer.

M. Rostan a fait subir quelques modifications importantes à son article *Bain*, de la 1re édition. Il en a distrait tout ce qui a rapport aux bains de vapeurs pour en traiter à ce dernier mot. En quoi je l'approuve fort. L'emploi des bains de vapeurs prend de jour en jour plus d'extension. L'usage des bains russes en particulier commence à se répandre dans les principales villes en Allemagne et à Paris, et pourraient bien, d'ici à quelques années, avoir généralement remplacé les bains tièdes. Il est donc probable que, quand M. Rostan aura à s'occuper de cette question, il possédera de nouveaux matériaux, qui lui permettront de le faire plus complètement qu'il ne lui eût été possible aujourd'hui. M. Rostan a donné plus d'attention aux effets thérapeutiques des bains et est entré dans des détails plus circonstanciés relativement aux bains médicamenteux. Est-il besoin d'ajouter qu'on retrouve dans ce travail la plume facile, élégante et correcte qui donne un charme particulier à tous les écrits de M. Rostan?

M. Marjolin a traité des bandages avec plus de détails que dans la première édition. Les bandages spéciaux étant décrits à-propos des maladies qui les réclament, M. Marjolin a dû s'en tenir à des généralités et à l'indication de quelques bandages dont l'emploi dépend de la partie du corps où siége la lésion. J'avais espéré trouver dans cet article l'opinion de M. Marjolin sur le *système de déligation* proposé par M. Mayor; il n'en est question que dans la bibliographie; il me semble cependant que les idées de l'ingénieux chirurgien de Lausanne méritaient au moins une mention honorable.

C'est par MM. J. Cloquet, Laugier, A. Bérard et Pravaz, qu'ont été traitées les maladies du bassin. La partie anatomique et obstétrique était de Desormeaux dans la première édition; elle a été reproduite, dans celle-ci telle que son auteur l'avait écrite. J'aime fort que les articles de Desormeaux nous soient conservés autant que faire se peut. Ils constituaient certainement la partie la plus remarquable de la première édition.

Dans la première édition, M. Roux avait traité du bec de lièvre,

et cet article constitue un travail fort important. Il lui a fait subir plusieurs changemens dans cette édition, de concert avec M. Bérard. Traitant d'abord des caractères de la division congénitale, ils décrivent le bec de lièvre simple et ses diverses complications, parmi lesquelles ils en omettent une que le lecteur trouvera mentionnée à propos de l'opération, savoir : celle qui consiste en la division de la lèvre et la fente du voile du palais seulement en se prolongeant à la partie postérieure de la voûte, celle-ci étant intacte antérieurement.

Quant aux causes de cette difformité, ils rejettent l'opinion de M. Velpeau, qui veut y voir une maladie, parce qu'il n'a jamais pu apercevoir la division de la lèvre en trois ou quatre parties sur l'embryon, quelque jeune qu'il fût, et s'en tiennent à l'idée d'un *arrêt de développement*, tout en confessant qu'il est impossible de combattre l'objection de M. Velpeau par l'anatomie.

Je m'étonne de cette conclusion, parce qu'il me semble, d'une part, facile de lever l'objection de M. Velpeau, et de l'autre difficile d'admettre un *arrêt de développement* dans un cas où il n'y a évidemment aucune perte de substance. De ce qu'il est impossible d'apercevoir à la *surface extérieure* une division de la lèvre, il me paraît peu logique de conclure que cette lèvre ne se développe pas par des points d'organisation distincts les uns des autres.

Appliquez cette manière de procéder aux os : qui les a jamais vus extérieurement divisés en plusieurs parties séparées? Ils forment une masse continue, et tant que l'ossification n'a pas commencé, il serait impossible d'y voir des divisions : c'est parce que les points d'organisation sont solides et se conservent après la macération qu'on a pu parvenir à les distinguer les uns des autres. La nature est une dans ses procédés ; de même que dans la masse organisable qui constitue positivement l'os, se développent des points d'ossification ; de même dans les diverses parties molles se forment des points d'organisation qui, par leur réunion, constituent l'organe lui-même. La forme de la lèvre dans l'état sain et celle du bec de lièvre en sont pour moi des preuves irrécusables ; il serait facile d'en citer d'autres. J'admets donc que dans cette membrane mince et délicate, qui constituera plus tard la lèvre supérieure, se développent quatre points d'organisation correspondant aux deux os incisifs et aux deux os maxillaires supérieurs. Cela posé, il me semble facile d'expliquer la formation du bec de lièvre par le développement irrégulier des os de la base du crâne et de la face. Qu'une force, dont il est facile de concevoir la nature, agissant, soit sur les deux moitiés du coronal, soit sur l'ethmoïde, soit sur les os propres du nez, donne à l'espace compris entre les apophyses montantes des deux os maxillaires supérieurs une étendue plus grande que dans l'état normal, les os de la mâchoire supérieure s'écarteront légèrement en laissant en place les os incisifs qui sont en

rapport avec le vomer. Cet écartement déterminera la tension de la lèvre qui, à cette époque de la vie embryonnaire que je suppose très-peu avancée, n'a ni la mobilité ni l'extensibilité dont elle jouira plus tard, et la substance purement muqueuse intermédiaire aux points d'organisation pourra être détruite ; alors ceux-ci resteront isolés, néanmoins ils atteindront leur entier développement. Ceux de ces points qui correspondent aux os incisifs se réuniront par le même motif qui fait que ces os ne se séparent pas. La cause que je supposais tout à l'heure n'agissant pas sur la mâchoire inférieure, il ne pourra y avoir de bec de lièvre inférieur : les deux exemples qu'on en cite ne sont pas suffisamment établis pour les admettre : et d'ailleurs des exceptions aussi rares confirmeraient la règle. Le léger écartement des os maxillaires supérieurs que j'admets comme cause de la division labiale ne l'est ordinairement pas assez pour empêcher la réunion de ces os, mais on en retrouve la trace, car la voûte palatine de l'enfant affecté de bec de lièvre est toujours plus large que celle de l'enfant bien conformé. En partant de ces données, on conçoit facilement la formation des diverses complications du bec de lièvre. J'en ai dit assez pour faire comprendre comment on peut expliquer le bec de lièvre d'une manière assez satisfaisante par un vice de développement, sans admettre l'opinion de M. Velpeau, ni celle de ses adversaires. MM. Roux et Bérard examinent ensuite l'époque de la vie à laquelle il faut opérer le bec de lièvre. Ils passent en revue les divers motifs qu'on a allégués pour pratiquer l'opération à diverses époques depuis la naissance jusqu'à dix ans. Parmi les raisons qui devraient déterminer à agir dans les deux ou trois premiers mois, je m'étonne de n'en pas trouver une qui me paraît fort concluante ; c'est que le travail de la dentition peut amener le déjettement des alvéoles et déterminer une complication qui souvent nécessite la perte des dents incisives et d'une portion de l'os lui-même. Arrivant à conclure, ils disent d'abord que l'un d'eux, M. Roux qui, dans la première édition, s'était prononcé contre l'opération pratiquée depuis le moment de la naissance jusqu'à la fin de la première année, a été amené par l'expérience à une opinion opposée. Parlant ensuite de concert avec M. Bérard, ce chirurgien dit que l'époque à laquelle on pratique l'opération n'a pas d'influence bien sensible sur son résultat pour le bec de lièvre simple, ce qui semblerait impliquer qu'il attache peu d'importance à son changement d'opinion. Quant au bec de lièvre compliqué, les auteurs veulent que l'opération soit pratiquée de bonne heure. (pag. 122). L'opinion *individuelle* de M. Roux n'est pas tout à fait d'accord avec cette opinion *collective*, car il est dit, p. 131, (et je crois que c'est M. Roux qui parle) : « Il faudrait différer beaucoup l'opération pour le bec de lièvre, même dans un cas où ce dernier serait accompagné d'une division du voile du palais avec ou sans di-

vision de la voûte palatine en arrière seulement. » Ces légères contradictions et les petites critiques de détails n'empêcheront pas l'article d'être dans son ensemble fort bien fait, et digne de la réputation de ses auteurs.

Le *Bégaiement* a été, dans ces dernières années, l'objet de nombreux travaux. M. Rullier s'est chargé de résumer les nombreux écrits publiés à ce sujet, et il s'est acquitté de sa tache avec bonheur. Dans la première édition, M. Rullier avait adopté l'opinion de ceux qui placent la cause du bégaiement dans le cerveau; les théories de MM. Itard, Mogendie, etc., n'ont pas ébranlé sa conviction. Il s'élève avec raison contre les nombreuses espèces de bégaiement qu'on a cherché à établir, parce que ces divisions n'ont aucun résultat pratique. Il fait remarquer, avec M. Itard, que le principe du traitement consiste toujours à établir un modérateur opposé aux mouvemens tumultueux ou embarrassés des agens de la parole, modérateur tantôt physique, tantôt intellectuel et moral. Il arrive enfin à cette conclusion, qu'aucun des moyens proposés ne motive l'exclusion des autres. Je recommande cet article à l'attention des lecteurs.

L'importance de la *Belladone* en thérapeutique devait fixer l'attention spéciale des auteurs du Dictionnaire sur ce médicament. M. Soubeiran a traité la partie pharmaceutique avec tous les détails que comporte un ouvrage comme celui-ci. M. Trousseau expose les effets thérapeutiques de cette substance en s'appuyant presque exclusivement sur sa propre expérience. Cest surtout contre les douleurs *extérieures* que l'emploi de la belladone lui paraît utile; dans les névralgies il l'administre à l'intérieur, mais préfère son application extérieure ; et suivant la profondeur à laquelle se trouve le nerf qu'il suppose malade, il l'emploie sur l'épiderme, sur le derme dénudé ou l'introduit dans les plaies qui intéressent toute l'épaisseur de la peau. Il faut croire que la pratique de l'auteur à l'aide de ce médicament a été souvent heureuse, à en juger par la confiance extrême qu'il témoigne dans son action. D'autres n'ont pas eu autant à s'applaudir de son usage. Cela tient-il à ce que M. Trousseau l'emploie en général à des doses plus élevées que d'ordinaire? C'est ce que l'expérience décidera. M. Trousseau avoue qu'il n'a pas été persuadé par les faits nombreux rapportés par les journaux allemands de l'efficacité de la belladone pour préserver de la scarlatine; il se fonde sur la difficulté d'apprécier tous les effets des influences épidémiques. M. Trousseau termine, en disant, que le *stramonium*, *la mandragore*, *la morelle*, *la jusquiame*, ont une action absolument semblable à celle de la belladone, et propose, en conséquence, de substituer entièrement à cette dernière plante le *datura stramonium*, qu'il est plus facile de se procurer et qui s'administre à des doses moins élevées. — Pour ce qui concerne la toxicologie de la

belladone, l'article est le résumé de ce que présente la science sur ce sujet, des observations d'empoisonnemens et des expériences faites sur les animaux.

M. Littré a traité les mots *Bile*, *Biliaires* (maladies des voies), *Bilieux* (état et fièvre). C'était un sujet difficile et qui exigeait des recherches étendues, dirigées par une critique judicieuse et une philosophie médicale éclairée. Le travail de M. Littré est certainement une des parties les plus importantes des volumes dont je m'occupe, et place son auteur au premier rang parmi les collaborateurs du Dictionnaire. M. Littré y déploie une instruction pratique solide, et des connaissances en littérature médicale très-vastes. La concision, la pureté et la clarté du style ajoutent encore au mérite de ce travail, sur lequel j'appelle l'attention spéciale des lecteurs. Les affections des voies biliaires sont des maladies en général peu connues et toujours fort obscures. Le tableau qu'en trace M. Littré ne laisse rien à désirer.

M. Littré admet un état bilieux dont la polycholie est le trait principal, et qui, malgré les signes d'irritation du canal digestif qui l'accompagnent, doit être combattu par les évacuans. Quant aux fièvres bilieuses, il pense que trois états distincts ont été à différentes époques décrits sous ce nom. 1° la dothinentérite; 2° certaines irritations gastro-intestinales; 3° la fièvre bilieuse le plus souvent rémittente, endémique dans les pays chauds, rare dans nos climats, et qui paraît être une affection générale et fébrile de l'ordre de la dothinentérite et de la variole. M. Littré regarde les *fièvres continues* comme *des maladies générales avec une manifestation principale de symptômes et de lésions dans les organes digestifs*, comparable en cela aux fièvres exanthématiques, qui sont aussi des affections générales avec une détermination plus marquée vers la peau. C'est cette généralité avec prédominance des lésions du système digestif ou du système cutané qui forme le caractère nosologique de ces deux ordres d'affections pour notre auteur. Cette doctrine des fièvres qui combat et concilie à la fois celle des ontologistes et celle de Broussais sera sans doute exposée avec plus de développement à l'article fièvre. — Parcourant ensuite les divers auteurs, il prouve qu'il existe un état pathologique distinct qui ne rentre pas dans l'histoire d'autres maladies, et que cet état est probablement une fièvre continue de l'ordre de la dothinentérite. Le but des recherches étant seulement de prouver qu'il existe une forme de maladie toujours semblable à elle-même et séparée des autres, sans s'inquiéter de ce qu'elle peut être en soi, il ne cherche pas à déterminer quelle est la nature de la fièvre bilieuse, si elle est due à l'irritation produite par le contact de la bile avec la muqueuse, ou si elle est due au passage de la bile dans le sang. Nous manquons de données suffisantes pour arriver à une solution satisfaisante de ce problème. Cet article contribuera beaucoup à faire cesser le vague

attaché au mot fièvre bilieuse, et peut servir de type aux recherches à faire sur la nature des maladies. « Il est important, dit en terminant M. Littré, de bien s'entendre sur les descriptions des maladies et sur leur diagnostic. C'est un moyen puissant d'en perfectionner le traitement; car si l'on ne sait pas au juste quelle est la maladie qui a été traitée, l'expérience des autres est perdue pour vous et les travaux recommencent incessamment et sans fruit. » Faisant ensuite remarquer que cette maladie n'existe pas à Paris, mais qu'il serait possible qu'elle y fit son apparition comme l'acrodynie, la grippe et le choléra, il ajoute : « Sous la protection d'un ciel long-temps bénin, nous avions oublié ces graves événemens de la pathologie et il ne nous restait plus guère de croyance que pour les faits qui se passaient sous nos yeux. Mais il a fallu revenir d'une pareille erreur et avouer que le champ des maladies était beaucoup plus vaste qu'on ne le pensait communément; car il ne comprend pas seulement la diversité des climats; il comprend encore la diversité des époques; et pour embrasser l'ensemble de la pathologie, il faut la considérer dans l'espace et dans le temps, dans toutes les contrées et dans tous les siècles. »

Les maladies des yeux ont été étudiées dans ces dernières années en Angleterre, en Italie, et surtout en Allemagne, avec zèle et ardeur. Des établissemens spéciaux pour le traitement de ces affections ont été institués ; des journaux et d'autres écrits ont été publiés en grand nombre, qui s'occupaient exclusivement de cet objet. A force de regarder les yeux on est parvenu à discerner de nombreuses variétés dans les lésions, non seulement des diverses membranes de ces organes, mais je dirai presque de chaque vaisseau de la conjonctive. On a multiplié d'une manière prodigieuse les symptômes, et par suite les espèces de maladies, si bien qu'on est venu à établir à cette proposition, que *presque toute la nosologie doit être, et est réellement, représentée dans l'œil*, (thèse de M. Sichel). Les moyens thérapeutiques se sont multipliés en même temps, et les richesses de matière médicale étalées dans le traité de Weller sont véritablement effrayantes pour qui doit faire un choix entre ces nombreuses formules.

Les chirurgiens français, qui d'abord étaient restés indifférens à cet entraînement vers l'ophthalmologie, commencent à prendre part au mouvement. Leur tâche, quoiqu'ils viennent après les autres, n'en est pas moins considérable. Les travaux des Allemands sur l'ophthalmologie sont empreints des défauts de leur école plus spéculative que pratique. Les auteurs d'ailleurs sont loin d'être d'accord entre eux. Je ne doute pas que de nouvelles recherches dirigées par cet esprit d'observation rigoureuse qui prédomine dans l'Ecole de Paris, n'apportent de nombreuses modifications aux doctrines professées par les Allemands; Voilà où nous en sommes actuellement pour l'ophthalmologie. Dans un tel état de choses, il est fort difficile de distinguer la vérité de l'er-

reur et d'écrire sur les maladies des yeux, lorsqu'on tient à exposer les faits plutôt qu'à copier les idées d'autrui. Les articles d'ophthalmologie contenus dans ce volume se ressentent de cet embarras. M. Laugier, qui a traité les mots *Blennophthalmie* et *Blépharite*, ne paraît pas avoir fait, plus que les autres chirurgiens de l'Ecole de Paris, une étude spéciale des maladies des yeux; il ne parle pas d'après sa propre expérience, et il a dû souvent être indécis entre les assertions opposées que lui dictait l'expérience des autres. Il a réuni sous le nom de blennophthalmie toutes les conjonctivites dont le caractère spécial est la sécrétion d'un fluide mucoso-purulent ; ce sont, d'après notre auteur, l'ophthalmie catarrhale, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, l'ophthalmie d'Egypte et l'ophthalmie blennorrhagique.

Presque tous les auteurs sont d'accord pour réunir dans un même genre les trois dernières espèces. Quant à l'ophthalmie catarrhale, il n'en est pas de même, et cela parce qu'un grand nombre d'ophthalmologistes décrivent comme catarrhale une inflammation de la conjonctive qui ne détermine pas la sécrétion d'un liquide purulent; je citerai même parmi eux M. Laugier, qui dit avoir vu une ophthalmie catarrhale avec sécheresse de la conjonctive (p. 321). Cependant la sécrétion muqueuse légère qui a lieu ordinairement dans cette espèce d'ophthalmie, lui donne suffisamment d'analogie avec la véritable blennophtalmie pour autoriser leur jonction avec un seul grouppe. Cette dissidence des auteurs, au sujet de la place que doit occuper cette ophthalmie, l'une des plus fréquentes qu'on ait à observer, n'est pas la seule, et l'on en rencontre aussi au sujet des symptômes qui cependant sont si faciles à observer, qu'ils ne sembleraient pas devoir permettre de différence d'opinion. C'est ainsi que, suivant Weller, les yeux craignent la lumière; et suivant M. Sichel, il n'y a pas de traces de photophobie. Le premier dit que les yeux sont baignés de larmes, et le second n'admet de larmoiement que quand les conduits lacrymaux sont obstrués par le boursoufflement de la conjonctive, etc., etc. On chercherait envain l'ophthalmie catarrhale de beaucoup d'auteurs dans la blennophthalmie de M. Laugier, ayant pour symptômes le chémosis, la kératite, etc. Tout ceci est pour prouver que l'on ne s'entend pas sur la valeur des mots; et que l'ophthalmie est, à beaucoup d'égards, une espèce de chaos qui ne pourra être débrouillé que par de nouvelles et exactes observations. M. Laugier décrit les granulations des paupières comme une suite de l'ophthalmie catarrhale. C'est encore une assertion qui est sujette à contestation. J'ai vu plusieurs fois la face postérieure du cartilage tarse, exclusivement affectées de ces granulations qui ne paraissaient nullement liées à cette spécificité dont on fait le caractère fondamental de l'ophthalmie catarrhale, et qui ne déterminaient aucune sécrétion purulente. J'aurais désiré que M. Laugier fixât d'avantage l'attention

sur cette singulière et dangereuse affection. Trop souvent le chirurgien s'occupe exclusivement de l'altération de la cornée, et la vue se perd au milieu des efforts inutiles dirigés contre cette lésion dont la cause reste ignorée. M. Tyrrel, chirurgien d'un hôpital pour les maladies des yeux, à Londres, n'hésite pas, dans ces cas, à renverser complètement la paupière, et à cautériser les granulations avec un crayon de pierre infernale. Parmi les collyres que conseille M. Laugier se trouve la solution de nitrate d'argent. Je suis loin d'en contester les avantages, mais il est un effet du nitrate d'argent que paraît ignorer M. Laugier, dont M. Cazenave n'a pas fait non plus mention en parlant de cet agent thérapeutique, et qui cependant est assez fâcheux pour devoir fixer l'attention : je veux parler de la coloration grise de la conjonctive, analogue à la teinte bronzée de la peau après l'administration du nitrate d'argent à l'intérieur. J'en ai vu un assez grand nombre d'exemples à l'infirmerie de M. Guthrie, qui traite presque toutes les ophthalmies chroniques par le nitrate d'argent. L'œil perd son éclat, prend une teinte grisâtre, sans apparence de vaisseaux rouges ; on dirait des yeux de cadavre : rien de plus désagréable que cet aspect, qui est incurable.

Je ne suivrai pas l'auteur dans les descriptions des autres blennophthalmies, obligé que je suis de limiter cette analyse. M. Laugier s'est particulièrement efforcé d'établir le caractère à-la-fois epidémique et contagieux de la blennophthalmie. Il pense que, chez les nouveau-nés, la cause la plus fréquente est l'introduction du liquide de la blennorrhée ou de la leucorrhée de la mère dans l'œil de l'enfant, au moment de l'accouchement. Je doute fort que cette opinion soit basée sur des données exactes, et qu'elle résiste à quelque relevé statistique fait avec soin. M. Laugier termine son travail par quelques considérations générales sur la blennophthalmie, où il résume les opinions sur la nature et les causes de cette maladie. — Sous le nom de *blépharite*, M. Laugier décrit successivement l'érysipèle et le phlegmon des paupières, puis la blépharite glanduleuse. C'est un exposé bien fait de ces diverses maladies.

M. Lagneau a reproduit dans son article *Blennorrhagie* les principales idées qu'il avait émises dans la première édition, sur cette maladie. Seulement il a réuni dans un tableau les symptômes qu'il avait d'abord séparés entre eux, sous les noms de blennorrhagie et de blénorrhée, considérant avec raison ces deux dénominations comme ne désignant que des degrés différens d'une seule et même affection. M. Lagneau ne paraît pas attacher une grande importance aux travaux tentés dans ces dernières années sur cette maladie, car il n'en fait pas mention. — On remarquera l'article bibliographique que M. Dezcimeris a donné sur cette affection. Il est à regretter que l'auteur ait été obligé de renoncer à l'idée qu'il avait d'abord de donner un aperçu de l'his-

toire de la pathologie et de la thérapeutique de la blennorrhagie, objet dont il paraît s'être occupé d'une manière toute spéciale. Mais quoiqu'il se borne à l'indication des ouvrages écrits sur la matière, il a soin de donner au sujet des plus importans une courte note qui indique soit le but du livre, soit son opinion sur son contenu.

Il serait à désirer que M. Dezeimeris en fît autant pour le reste du Dictionnaire ; cela augmente beaucoup l'intérêt qui s'attache à ses articles bibliographiques, et facilite singulièrement le travail de ceux qui veulent en faire usage.

L'article *Blessures* envisagées sous le point de vue de la médecine légale, est de M. Raige-Delorme. L'auteur s'est montré dans ce travail bon médecin légiste, et en négligeant tout ce qui n'a pas une utilité pratique, il a fait preuve d'un bon jugement. Cet article sera consulté avec fruit par ceux qui voudront s'éclairer sur cette importante question de médecine légale.

Les altérations des *Bourses muqueuses* ont surtout fixé l'attention des chirurgiens modernes. M. Ollivier en a donné un tableau fait avec talent et exactitude. A l'exception des corps étrangers dont il sera question à l'article *ganglion*, toutes les maladies des ces poches séreuses sont décrites par M. Ollivier. C'est une addition importante à cette nouvelle édition.

L'anatomie chirurgicale du *Bras* est due à M Velpeau ; l'histoire de ses fractures, de son amputation, de sa résection, de la ligature de l'artère brachiale est de MM. Cloquet et Bérard jeune. C'est un travail concis et complet tout à-la-fois. J'aurais seulement voulu qu'il eût été fait mention de l'appareil inamovible pour la fracture du bras. On peut certainement s'en passer pour les fractures simples du corps de cet os, mais il est certain aussi que son usage offre dans ce cas des avantages. J'ai eu à traiter, il y a quelque temps, une fracture de cette espèce, chez un nouveau-né. L'appareil de M. Larrey, appliqué une heure après l'accident, fut enlevé le treizième jour, époque à laquelle la consolidation était déjà suffisante; et le peu de soin que j'avais paru apporter à ce traitement, me permit de laisser ignorer à la mère le genre d'accident qu'avait éprouvé son enfant.

Quoique j'aie pris à tâche de faire passer sous les yeux du lecteur, les parties les plus importantes du quatrième et cinquième volume de ce Dictionnaire, j'ai été forcé de négliger un grand nombre d'articles fort importans. J'en ai dit assez cependant pour prouver que cette précieuse publication justifie sa brillante réputation et son succès rapide. Que les auteurs continuent leur utile entreprise dans le même esprit et avec le même soin, et leur travail fera époque dans l'histoire de la littérature médicale. Je rendrai compte incessamment du sixième volume.

G. Monod.

ERRATA. Page 543, lig. 7, *lisez* Bouillaud, *au lieu de* Brouillard.
— — lig. 11, — Richard, — Prischard.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1834.

Lettre à M. LALLEMAND, *professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, sur l'inflammation chronique de la cornée; par* G. MIRAULT, *professeur à l'École secondaire de Médecine d'Angers.*

Le travail que j'ose aujourd'hui mettre sous vos auspices doit être considéré comme la suite de celui que j'ai publié, en 1823, dans le troisième volume des *Archives générales de Médecine*, sur l'inflammation de la cornée. J'insistais alors, dans ce premier essai, sur les avantages que l'on peut retirer en ophthalmologie, comme pour la pathologie en général, de la localisation des inflammations diverses et nombreuses qui sévissent ensemble ou isolément sur l'organe de la vue, et sans méconnaître l'utilité de la division de l'ophthalmie suivant ses causes, je m'efforçais de prouver qu'une classification des phlegmasies oculaires, tirée de leur siège particulier, devait avoir une grande influence sur les progrès futurs de cette branche de l'art de guérir. J'ai trouvé depuis cette même idée exprimée dans S. Cooper (*Dictionnaire de chirurgie*), et j'ai vu, avec quelque satisfaction, que l'inflammation de la cornée sur laquelle on n'avait écrit presque rien en France, et peu de chose à l'étranger, avant la publication de mon mémoire,

a trouvé depuis, sous le nom de *Kératite*, une place particulière dans les dictionnaires et quelques autres ouvrages publiés plus ou moins récemment.

Parmi les descriptions qu'on a données de cette maladie dans ces derniers temps, celle de M. Sanson (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie prat.*) doit être citée comme la plus complète; cependant elle laisse beaucoup à désirer sous le rapport des modifications que présentent les lésions de la cornée, suivant que la marche de l'inflammation est lente ou rapide. On y trouve confondus, comme cela a été fait jusqu'ici, l'état aigu et l'état chronique, et cependant cette distinction est non moins importante pour la kératite que pour toute autre phlegmasie. C'est cette rectification que j'entreprends ou plutôt cette lacune que je veux m'efforcer de remplir, dans cette lettre. J'espère que les considérations que je vais émettre ne vous sembleront point indignes d'attention; que ce sujet si petit et si restreint en apparence vous paraîtra fécond en applications de plus d'un genre, et que vous trouverez, comme moi, qu'on en peut tirer des corollaires capables d'éclairer plusieurs points importans de physiologie pathologique.

Les altérations organiques que présente la cornée chroniquement enflammée, bien qu'elles diffèrent de celles qu'on observe dans la kératite aiguë, par leur marche et par des aspects différens, semblent se confondre avec elles dans une même nature. Dans les deux états de l'inflammation, on trouve, soit une hypérémie du tissu, soit une diminution de la cohésion de ses molécules constituantes, soit, enfin une sécrétion de produits accidentels; de sorte qu'il semblerait convenable d'établir, comme je l'ai fait pour l'état aigu, trois degrés de kératite chronique. Mais quoique l'on observe, dans celle-ci, un dépositum analogue au pus dont j'ai considéré l'existence comme un caractère propre au troisième degré de l'état aigu, je ne crois pas que ce signe soit assez tranché dans la kératite chronique

pour constituer de même un degré bien évident. D'ailleurs il est vraisemblable que ce phénomène appartient plutôt à une recrudescence de l'inflammation qui souvent passe momentanément de l'état chronique à l'aigu. Ces considérations me déterminent à n'admettre que deux degrés dans la kératite chronique. Le premier a pour signes 1° la vascularité rouge anormale de la cornée, 2° son opacité, 3° son épaississement. Le deuxième degré offre en outre 1° une variété de ramollissement, 2° l'épanchement, entre les lames de la cornée, d'une matière puriforme.

Je vais vous rapporter d'abord quelques observations précises, et j'en déduirai ensuite l'explication des phénomènes qu'elles nous auront présentés.

Obs. Ire—*Kératite chronique avec injection sanguine des vaisseaux de la cornée; épaississement léger, et opacité de la conjonctive* (premier degré), *durée : deux mois.* —Renée Caillean, 18 ans, fille forte, habituellement bien portante, de tempérament lymphatique-sanguin, n'avait pas été réglée depuis neuf semaines, quand elle fut atteinte d'ophthalmie de l'œil gauche le 1er mai 1833. Le 22 du même mois, elle était dans l'état suivant : opacité peu intense des deux tiers inférieurs de la cornée, diminuant graduellement de bas en haut; léger épaississement de la conjonctive cornéale partout où existe l'opacité. Toute la partie inférieure de la sclérotique est d'un rouge vif; quelques uns des vaisseaux injectés s'avancent sur la cornée à laquelle ils communiquent, partiellement, une teinte rosée. Trouble de la vue, photophobie; douleur dans le côté gauche de la tête, et particulièrement dans la tempe. Congestion sanguine de la face.

La malade étant sous l'influence de la pléthore, je pratiquai, à peu de distance, deux saignées de bras, et l'on fit successivement trois applications de sangsues, l'une de quinze aux cuisses, les deux autres, moins fortes, à la paupière inférieure, et leur effet fut secondé, les jours suivans,

par des révulsifs sur le tube intestinal ; néanmoins les symptômes s'agravèrent. Le 13 juin la cornée était plus opaque et rougeâtre dans la moitié inférieure, qui était parcourue par des vaisseaux plus nombreux et plus gros. La conjonctive continuait de s'épaissir, et la vue était presque abolie dans l'œil affecté.

Le visage étant toujours injecté, je fis une troisième saignée, et j'appliquai un séton à la nuque. Cette médication parut décider la résolution de la kératite, les symptômes se dissipaient peu à peu, lorsqu'une recrudescence se manifesta dans le tiers supérieur de la cornée, et retarda quelque temps la cure de la partie inférieure. Enfin une quatrième saignée mit fin à la congestion active de la tête, et Renée Cailleau guérit après 65 jours de maladie. Le 6 juillet, la cornée offrait encore, dans une grande partie de son étendue, un aspect tomenteux à sa superficie, mais les vaisseaux rouges étaient complètement disparus.

Cette observation offre un exemple d'inflammation de l'œil par suite de la suppression des règles. Je ne m'arrêterai pas sur ce fait qu'on rencontre souvent dans la pratique, j'appellerai plutôt votre attention sur les phénomènes propres de la kératite chronique. Lorsque la malade vint me consulter, le 22 mai, on n'apercevait encore sur la cornée qu'un petit nombre de vaisseaux fins ; dans le progrès du mal, ils se multiplièrent et leur calibre dilaté recevant plus de sang, la couleur de cette membrane revêtit une teinte rouge. On put observer en même temps que les lames superficielles de la cornée perdaient de plus en plus leur transparence, par l'infiltration, entre elles, d'une substance blanchâtre, et que la conjonctive, en particulier, s'épaississait comme si elle se fût hypertrophiée. Ces lésions, qui s'étaient développées sous l'influence de l'irritation, se dissipèrent peu à peu avec elle, et tout rentra dans l'état naturel. Tels sont les effets de l'inflammation de la cornée, au premier degré mais elle ne suit pas toujours la même marche.

Obs. IIe — *Kératite chronique au premier degré, qui débute par l'obscurcissement de la cornée. Iritis légère. Durée : trois mois et demi.* — François Chauveau, cultivateur, de Grillé (arrondissement de Saumur,) 43 ans, s'aperçut dans les premiers jours de septembre 1833, que la vue se troublait dans son œil gauche; l'obscurcissement augmenta graduellement, jusque vers la fin du même mois. Ceux qui l'examinaient, dit-il, et lui-même en se servant d'un miroir, s'apercevaient très-bien que la cornée était brouillée, mais aucune rougeur ne s'était manifestée dans l'œil jusqu'au vingt-cinquième jour de l'invasion. Alors l'œil commença à rougir, et l'inflammation fit des progrès, car le malade ressentit en même temps des picotemens avec larmoiement peu abondant et une douleur sourde dans la tempe gauche. L'air et la lumière n'incommodaient pas Chauveau, de sorte qu'il continuait ses travaux. La maladie resta à peu près stationnaire jusqu'au 20 octobre (quoiqu'on eût pratiqué une saignée), époque à laquelle je pus l'observer; voici son état : la cornée est obscurcie et terne dans toute son étendue, mais surtout à son centre où l'on aperçoit une tache blanche d'une demi ligne, et qui résulte d'une infiltration de matière blanche dans l'épaisseur de la conjonctive et dans le tissu cellulaire serré qui l'unit à la cornée; le reste de sa surface est d'un gris floconneux, caillebotté, comme l'eau chargée de savon qui n'est pas bien dissous. Autour de son limbe est une auréole d'un rouge livide, formée par des vaisseaux très-déliés et nombreux, qui se pressent et s'anastomosent entre eux. L'auréole anticipe à peine sur la circonférence de la cornée, excepté vers le haut, d'où partent deux ou trois vaisseaux qui s'avancent sur elle et dont un parvient jusque près de son centre. Un certain nombre de vaisseaux plus gros rampent, et forment sur la sclérotique des arborisations dont les terminaisons se jettent dans l'auréole vasculaire de la cornée. Quoique assez forte, l'opacité de cette membrane permet

encore d'apercevoir l'iris; sa couleur est altérée et terne; la pupille est rétrécie, et obscurcie comme si la chambre antérieure était remplie de fumée. Chauveau voit à peine de son œil gauche, cependant il distingue ses doigts, quand il les place de côté, vers la tempe (Saignée de bras, collyre émollient, bains de pieds. Les jours suivans on fera deux applications de six sangsues à la paupière inférieure, et des frictions sur la nuque, avec la pommade émétisée). Chauveau s'en retourne à Grésillé.

Le 30, l'œil était à-peu- près dans le même état. (3me application de sangsues autour de l'œil, révulsifs sur le tube digestif). Chauveau repartit, bien que je lui donnasse le conseil de rester à Angers. Je le perdis alors de vue et ne croyais plus devoir en entendre parler, lorsqu'il revint me trouver le 9 décembre. Depuis sa dernière visite, il y avait eu des alternatives de bien et de mal, l'œil était plus ou moins rouge, et la vue plus ou moins abolie. Une recrudescence, qui s'était déclarée depuis quelques jours, l'avait décidé à recourir à de nouveaux avis. Je fis entrer Chauveau à l'Hôtel-Dieu, où je lui continuai mes soins.

Le 10, soit que la surexcitation de l'œil se dissipât d'elle-même, comme cela s'observe souvent, soit que cet organe se trouvât mieux d'un jour et d'un air moins vifs, il y avait déjà de l'amélioration, et l'on n'usa que de moyens simples; le malade se crut guéri; mais le 14, l'inflammation reprend plus d'intensité, la cornée redevient lactescente, et les douleurs de la tempe et du sourcil reparaissent. On pratique une saignée de bras, et le lendemain on applique six sangsues au-dessous de l'œil et un vésicatoire à la nuque. L'effet de cette médication se fit sentir presqu'aussitôt, et l'état de l'œil redevint meilleur.

Le 18, Chauveau, ennuyé du séjour de l'hôpital, sortit conservant encore un trouble de la cornée et un cercle rougeâtre autour du limbe de cette membrane.

Rien de plus ordinaire dans la kératite chronique que ces alternatives de mieux et de pire que nous avons observées chez Chauveau. Je ne crois pas que l'on voie jamais cette phlegmasie suivre une marche uniformément continue. Le moment où le malade croit toucher à sa guérison est souvent celui où une recrudescence, que rien n'explique, se déclare; de sorte qu'on peut dire que, analogue aux affections rémittentes, elle se compose d'une suite de rémissions et d'exacerbations qui n'ont rien de régulier dans leurs successions. Vous remarquerez de même une ressemblance entre la marche de la kératite chronique et celle de l'ophthalmie scrofuleuse; mais on ne peut conclure de là à l'identité de leur nature, car bien que la kératite chronique s'observe fréquemment chez les sujets scrofuleux ou d'un tempérament lymphatique, elle ne laisse pas de sévir sur des individus qui n'offrent aucun des caractères de ces constitutions.

Mais ce qu'il m'importe le plus de faire observer, dans le cas de Chauveau, c'est l'opacité de la cornée existant depuis vingt-cinq jours environ, avant que la rougeur du blanc de l'œil se manifestât. Cette particularité très-rare démontre, contre l'opinion que j'ai émise en traitant de la kératite aiguë (*Arch. gén. de méd.*, tom. 5), que l'inflammation peut débuter par la cornée, et y être circonscrite pendant un certain temps, avant de se montrer dans la conjonctive ou la sclérotique. J'ai rencontré, une fois, une autre espèce d'opacité de la cornée, que je considère comme une autre variété de son inflammation chronique.

Obs. III[e] *Kératite chronique au premier degré, opacité sablée de la cornée.* — Une fille de 25 à 30 ans, vint me consulter, se plaignant d'un trouble de la vue qui durait depuis long-temps. La cornée était piquetée de gris et pulvérulente, comme si on eût soufflé dessus de la cendre ou de la poussière. Le blanc de l'œil n'offrant aucune rougeur,

je touchai, pendant quelque temps, la cornée avec le laudanum de Sydenham, ce qui rétablit sa transparence. Cependant la même opacité reparut plus tard, et cette fois elle était accompagnée d'une coloration rosée de la sclérotique.

Je pourrais rapporter d'autres faits qui se rattachent aussi au premier degré de la kératite chronique, dans lesquels elle se présente sous un aspect différent : tel est le cas où l'on rencontre la conjonctive cornéale très-épaissie avec un développement accidentel de vaisseaux rouges qui lui donnent l'apparence d'une sorte de membrane charnue, recouvrant une étendue plus ou moins grande de la cornée ; mais je crois avoir insisté suffisamment sur le premier degré de cette phlegmasie, et je passe aux phénomènes du deuxième degré.

Obs. IV.e *Opacité avec changement de forme de la cornée ; dépôts inter-lamellaires d'une matière blanchâtre. — Kératite au deuxième degré. Durée : plusieurs années.* — Louise Bourgeais, 40 ans, lymphatico-sanguine, contracte il y a 8 ans une ophthalmie de l'œil gauche, pendant qu'elle était enceinte. Trois semaines après, cet œil était guéri ; mais bientôt l'œil droit s'enflamme à son tour, plus fortement que le premier. Depuis lors, la phlegmasie s'est reproduite un grand nombre de fois, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre, quelquefois envahissant les deux côtés en même temps, et offrant, à chaque rechute, la plupart des symptômes que je vais vous exposer.

Consécutivement à ces inflammations entées, pour ainsi dire, les unes sur les autres, l'œil gauche était dans l'état suivant le 10 avril 1832 : la cornée est *déformée*, *conoïde*, et comme si elle eut été pressée en deux sens opposés suivant son diamètre vertical, qui est sensiblement plus petit que le transversal. Sa couleur est nuancée de blanc, de gris et de rouge ; sa transparence détruite au point que la vue est abolie de ce côté. Entre les lames de la cornée sont deux petits dépôts de matière concrète, d'un blanc sale, dont

l'un est mêlé au tissu cornéal ramolli dans ce point. La conjonctive, tomenteuse, épaissie, est infiltrée de la même matière dans toute son étendue. La sclérotique présente partout, et principalement en bas, des vaisseaux dilatés qui s'avancent vers la cornée, et qui, arrivés à peu de distance de son limbe, se divisent un grand nombre de fois, s'anastomosent, et forment ainsi une zône rouge qui embrasse la cornée dans toute sa circonférence. Cette espèce de bandeau vasculaire, de deux lignes environ de largeur dans la plus grande partie de son étendue, plus large en bas, partie qui répond à une altération plus profonde de la cornée, reçoit par son bord externe, les vaisseaux qui, comme il a été dit, rampent sur la sclérotique, tandis que de son bord interne, qui anticipe un peu sur le limbe de la cornée, sortent d'autres vaisseaux plus fins qui glissent sous son tégument, et parviennent jusque près de son centre. La malade se plaint d'élancemens ou plutôt de picotemens dans l'œil, qui reviennent par intervalles, d'un sentiment pénible qu'elle compare à celui que produirait un grain de sable engagé sous la paupière supérieure; elle supporte avec peine la lumière, et souffre dans tout le côté gauche de la tête (Séton à la nuque, collyre opiacé, révulsifs sur les intestins).

Dès que la suppuration du séton fut bien établie, un mieux sensible se manifesta : rougeur moins vive de l'œil, diminution des douleurs, sommeil meilleur : la vue parut même s'éclaircir un peu.

Le 20, l'irritation de l'œil étant bien affaiblie, je pratiquai l'excision de la conjonctive et des vaisseaux, dans la presque totalité de la circonférence de la cornée. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident.

Le 12 mai, l'effet du traitement est peu sensible sur l'opacité de la cornée, depuis trois semaines (Collyre résolutif).

Le 26, la malade s'expose à un courant d'air vif, l'oph-

thalmie chronique passe à l'état aigu (Saignée de bras; collyre émollient).

Le 6 juin, la kératite est revenue à son premier état. L'opacité et la rougeur de la cornée se dissipent, la vue se rétablit. (Collyre résolutif, pommade d'oxyde rouge de mercure et de calomélas ; le séton suppure bien).

Le 10 août, il n'y a plus de symptômes d'irritation; la conjonctive cornéale est revenue presque à sa minceur naturelle; les vaisseaux qui rampaient sur elle ont disparu, et la cornée n'offre plus aucune nuance de rouge; la matière concrète qui l'infiltrait s'est dissipée en grande partie, et l'on ne voit aujourd'hui que des taies peu épaisses, disséminées çà et là. La cornée conserve sa *conicité* : la malade commence à travailler à la couture (Collyre sec).

24 novembre ; les taies sont à peine sensibles, la vue se rétablit de plus en plus, mais l'œil gauche est devenu myope, par suite du changement qui s'est opéré dans la figure de la cornée. Il est vraisemblable que cette membrane conservera sa forme vicieuse; car ayant eu l'occasion de revoir Louise Bourgeais longtemps après, l'état de l'œil était le même, quoique la transparence de la cornée fût presque aussi nette que dans l'état naturel.

Les signes locaux de la kératite chronique dont je vous ai déjà entretenus, sont, dans l'observation de Louise Bourgeais, beaucoup plus prononcés que dans celles qui précèdent. Ainsi, l'opacité ne consiste plus seulement dans un état floconneux et faiblement lactescent de la cornée, la matière concrète infiltre de toutes parts cette membrane, y forme même des espèces de foyers, et détruit complètement sa transparence; la conjonctive est beaucoup plus épaisse, et les vaisseaux qui injectent le tissu cornéal sont assez nombreux pour lui communiquer une teinte rouge assez forte. Cependant ces lésions plus profondes ne constitueraient point, je pense, un autre degré de la kératite, si elles ne coïncidaient pas avec une autre altération non

moins remarquable que nous venons de rencontrer pour la première fois : je veux parler du changement de forme de la cornée. Ce nouveau signe nous indique que l'inflammation, dans ce cas, ne borne plus ses effets à la dilatation des vaisseaux de la cornée par le sang, et à une sécrétion accidentelle de matière blanche dans son épaisseur, mais qu'elle attaque le tissu lui-même de cette membrane, et qu'elle lui fait subir une modification importante. J'examinerai en quoi consiste cette lésion; mais avant je crois qu'elle mérite que je ne me borne pas au seul fait que je vous ai rapporté; c'est pourquoi je vais consigner ici une autre observation dans laquelle les caractères du deuxième degré de la kératite sont encore plus tranchés.

Obs. V.° *Ophthalmie scrofuleuse, kératite chronique au deuxième degré : altération de la forme, de la couleur et de l'épaisseur de la cornée. Durée* : 28 *mois.*—Marie Gilard, 20 ans, scrofuleuse, demeurant à la Pouëze, (Maine-et-Loire) était affectée depuis dix mois d'ophthalmie dont l'invasion avait coïncidé avec la suppression d'un écoulement peu abondant de l'oreille droite. La maladie avait suivi sa marche ordinaire, c'est-à-dire qu'elle avait présenté un certain nombre de surexcitations passagères, entre lesquelles les yeux n'avaient jamais été exempts d'irritation. Les paupières, des deux côtés, la supérieure surtout, avait acquis un excès de longueur tel qu'elle recouvrait en grande partie l'inférieure à la manière d'une valvule; son épaisseur était accrue en proportion. La conjonctive d'un rouge vif et fongueuse, sécrétait une chassie épaisse et abondante qui s'attachait aux cils en se concrétant.

État de l'œil droit le 20 février 1831 : cet œil, très-sensible au jour, ne peut être examiné qu'en usant des précautions usitées en pareil cas. La cornée plus saillante a revêtu la forme d'un cône obtus dont le sommet répond au-dessous de son centre; sa couleur offre un mélange de gris

sale et de rouge, qui semble se fondre dans un fond noir que forme l'iris ; la couleur rouge, produite par l'injection des vaisseaux de la cornée, occupe d'une part toute la moitié inférieure de cette membrane, de l'autre la périphérie de la moitié supérieure, c'est-à dire, plus des deux tiers de sa surface ; le reste est d'un gris très-légèrement rougeâtre. Toute la conjonctive cornéale est au moins quadruplée d'épaisseur, et principalement là où la rougeur est plus prononcée ; on dirait d'un lambeau de muqueuse intestinale étendu sur la cornée, qui est comme fongueuse et inégale. La conjonctive sclérotidienne offre, aux environs, les mêmes accidens de couleur et d'épaisseur, ce qui masque tout-à-fait ses limites avec la cornée ; les vaisseaux sous-conjonctivaux, ramifiés dans le tissu cellulaire hypertrophié, forment autour de celle-ci la zône rouge dont j'ai parlé dans l'observation de Louise Bourgeais, mais elle est mal dessinée à la partie inférieure, où elle se confond avec une rougeur qui occupe tout le bas de la sclérotique. Dans le reste du globe de l'œil, cette dernière membrane apparaît jaunâtre et sale dans les intervalles des vaisseaux qui rampent à sa surface. Perte de la vue, seulement cet œil distingue le jour des ténébres ; douleurs lancinantes qui se répètent plus sourdement dans le sourcil et la tempe du même côté. Il y a de la chaleur dans dans la région oculaire, cependant l'irritation n'est pas forte.

J'avais peu d'espoir de guérir cette fille, cependant je voulus savoir ce que produirait un traitement long et énergique (Tisane de houblon avec addition de sirop de gentiane ; large séton à la nuque ; révulsifs, par intervalle, sur le tube intestinal).

Au bout de deux mois, l'état de l'œil était assez satisfaisant ; la rougeur de la cornée avait disparu en partie ; la conjonctive était moins épaisse et la cornée moins saillante. Néanmoins la forme de cette membrane était toujours co-

nique, avec cette différence que sa base était légèrement applatie suivant son diamètre vertical. Marie n'accusait plus de douleurs dans l'œil ni aux environs. Enfin, l'inflammation était si faible qu'il s'agissait moins, dès lors, de la combattre que de détruire ses effets, qui paralysaient la vision (Excision de la conjonctive et des vaisseaux dilatés, tout autour de la cornée; du reste même traitement).

Quelques jours après l'opération la malade partit pour la Poueze, et je n'entendis plus parler d'elle pendant dix mois. Quelqu'un m'ayant appris qu'elle était beaucoup mieux, je lui mandai de revenir à Angers, ce qu'elle fit le 28 février 1832, précisément un an après sa première visite. Les changemens qui s'étaient opérés dans la cornée étaient vraiment surprenans : sa saillie avait encore diminué, et elle semblait moins conique; sa couleur rouge accidentelle s'était dissipée et sa transparence assez bien rétablie pour que Marie pût distinguer tous les objets. La conjonctive cornéale était, pour ainsi dire, revenue à sa minceur naturelle. La zône vasculaire était beaucoup plus pâle et moins large; elle anticipait encore sur le limbe de la cornée; mais les vaisseaux rouges qui s'en échappaient pour se porter sur cette membrane s'étaient presque tous dissipés, et c'était à l'aide de la loupe seulement qu'on en apercevait de très-fins qui étaient trop peu nombreux pour altérer sa couleur; une deuxième excision des vaisseaux et de la conjonctive autour de la cornée, fut pratiquée, et Marie Gilard s'en retourna encore chez elle.

Le 9 mai, elle revint à Angers. L'opacité de la cornée avait encore diminué notablement; sa couleur était opaline dans toute la partie centrale, et sa circonférence grisâtre. La zône vasculaire était peu apparente, excepté en dedans et en dehors où l'on apercevait encore deux faisceaux de vaisseaux que je crus devoir exciser.

Le 17 août, la cornée est encore floconneuse; on observe que tandis que sa partie moyenne continue de

s'éclaircir, sa circonférence devient au contraire plus opaque. La vue s'est rétablie, et Marie s'occupe de divers travaux (Pommade avec l'oxyde rouge de mercure et le calomélas incorporés à l'axonge, pour combattre un reste d'engorgement des paupières ; collyre sec de Dupuytren). Le séton fournit toujours beaucoup de pus.

Le 20 octobre 1832, Marie Gilard ayant eu occasion de revenir à Angers, vint me faire voir son œil. La cornée avait recouvré son brillant naturel ; sa circonférence offre un cercle gris-blanc, ressemblant assez bien au cercle sénile. Le reste, si l'on excepte un léger nuage qui descend en mourant de la partie supérieure vers le centre, a repris à-peu-près sa transparence normale. La vue n'est point cependant aussi nette que dans l'état naturel, et l'œil est devenu myope. Il ne reste aucun symptôme de kératite. Je ferai la remarque, en terminant cette observation, que dans ce cas, comme dans celui de Louise Bourgeais, il n'y a pas eu de recrudescence de l'inflammation depuis l'excision des vaisseaux et de la conjonctive autour de la cornée.

Je crois avoir, pour le présent, insisté suffisamment sur les faits, et avoir donné une idée à-peu-près complète de la kératite chronique. Je vais passer en revue maintenant chacun de ses symptômes locaux.

L'existence de vaisseaux rouges dans la cornée est, pour ainsi dire, un caractère spécial de la kératite chronique ; il est extrêmement rare qu'on ne l'y rencontre pas. Au contraire, il manque presque toujours dans la kératite aiguë ; encore s'y montre-t-il ordinairement dans des circonstances qui peuvent, avec plus de raison, le faire considérer comme l'effet d'une irritation chronique. C'est, en effet, chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux qu'on l'observe ; c'est-à-dire, chez des individus dont les yeux irritables sont incessamment sous le coup d'une inflammation qui s'est déjà produite, un plus ou moins grand nombre de fois ;

alors une phlegmasie de quelques jours suffit pour faire arriver le sang dans les vaisseaux de la cornée, ce qui n'a pas lieu dans la grande majorité des cas de kératite aiguë. Dans des circonstances ordinaires, il faut toujours un certain temps pour que la partie colorée du sang pénètre dans des vaisseaux qui, naturellement, ne reçoivent que sa partie lymphatique et la plus ténue; les vaisseaux de la cornée ne se dilatent pas avec tant de facilité. Une autre cause que nous allons signaler tout à l'heure, contribue d'ailleurs à retarder ce passage.

La kératite chronique étant partielle ou totale, le nombre des vaisseaux engorgés de sang est proportionnel à l'étendue et au degré de la phlegmasie. Dans le premier degré, ils sont en général peu nombreux, écartés les uns des autres, et proviennent toujours des parties de la sclérotique les plus rapprochées de la lésion de la cornée. Ils s'avaucent plus ou moins loin sur elle, quelquefois jusqu'au centre. Mais ce qui est surtout remarquable, c'est que quand le siège de l'inflammation est circonscrit dans un point éloigné de la circonférence, un ou deux vaisseaux traversent les parties saines de la cornée sans se diviser, et arrivent jusqu'à la partie malade. Dans le deuxième degré, la lésion étant plus profonde, les vaisseaux injectés sont plus multipliés, et souvent au point qu'ils se touchent par le côté. Leur réunion forme des plaques ou nappes vasculaires qui changent en rouge la couleur de la cornée. Les parties envahies sont fongueuses, et comme si des bourgeons sanguins commençaient à se développer sur elles.

La disposition particulière des vaisseaux qui rampent sur la sclérotique, quand la cornée est enflammée, mérite qu'on s'y arrête. Arrivés près du limbe de cette membrane, ils se divisent un grand nombre de fois, s'anastomosent et s'entrelâcent, pour ainsi dire, de manière à former une zone rouge qui l'embrasse par toute sa circonférence. Cette espèce de bandeau, considéré isolément, offre deux bords;

l'un externe, ou sclérotidien, reçoit les vaisseaux du blanc de l'œil qui concourent à le former, comme je l'ai dit; l'autre, cornéal ou interne, d'où partent des vaisseaux plus petits qui s'avancent vers la cornée. Il suit delà que les vaisseaux qui se portent dans l'épaisseur de celle-ci n'y arrivent qu'après avoir traversé l'espèce de plexus sanguin que la zone représente, et qui se trouve intermédiaire à ceux qui y arrivent et à ceux qui en partent. J'insiste d'autant plus sur cette disposition, que personne à ma connaissance ne l'a bien décrite, et qu'elle est constante dans la kératite, soit aiguë, soit chronique. On ne peut confondre la zone que je décris, avec celle que les Anglais, et en particulier B. Travers, ont indiquée comme un signe de la sclérotite. *Le plexus sanguin*, que j'appellerai *cornéal*, résulte des anastomoses des vaisseaux gros et tortueux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et dont la mobilité permet au doigt qui les pousse de les déplacer à volonté. La zone *sclérotidienne*, au contraire, est formée par les vaisseaux fins et droits du plan profond qui se distribuent principalement à la sclérotique. L'un imite assez bien un anneau rutilant qui enchâsse, pour ainsi dire, la cornée; l'autre, livide ou violâtre, ressemble au disque d'une fleur radiée, et n'offre point d'anastomoses apparentes. Enfin l'un anticipe sur le bord de la cornée, tandis que l'autre en est séparé par un petit espace blanchâtre où l'on aperçoit la sclérotique à découvert entre lui et la cornée.

L'existence, autour de la cornée, d'un plexus vasculaire que l'état pathologique seul nous revèle, est cette autre cause dont je parlais tout à l'heure, qui s'oppose à ce que les vaisseaux blancs de la cornée soient promptement envahis par la partie colorée du sang. On conçoit les inconvéniens de cette injection sanguine par rapport à la fonction départie à la cornée, et l'on peut, ce me semble, la considérer comme une prévision de la nature qui a voulu que ce

sang, appelé par l'irritation, rencontrât une barrière qui pût protéger la cornée. Le plexus cornéal est moins vif et plus large dans l'état chronique que dans l'aigu. Dans celui-ci il ne fournit point ordinairement de vaisseaux par son bord interne.

L'opacité de la cornée est un symptôme commun aux deux états de la kératite. Dans l'état aigu, on observe une opacité diffuse, une sorte de brouillard, ou bien des taches légères, mal circonscrites, qui ne détruisent pas complètement la diaphanéité de la cornée, et se dissipent peu de temps après que la phlogose a cessé. Dans l'état chronique, l'opacité est en général beaucoup plus marquée, ne s'efface qu'après un traitement plus ou moins long, et s'oppose à l'exercice de la vue, surtout dans le second degré de la maladie. L'opacité résulte d'une exhalation ou sécrétion de matière qui infiltre le tissu de la cornée ou s'accumule soit entre ses lames, soit sous son tégument, en manière de dépôt. C'est cette matière qui, accumulée en quantité variable, détermine les degrés divers d'épaississement que la cornée offre dans la phlegmasie chronique. Sa consistance paraît être celle d'une substance concrète; sa couleur blanche ou blanchâtre paraît souvent grise, sale ou rougeâtre, à cause des vaisseaux qui s'étendent dans la cornée. D'autres fois elle revêt une teinte jaunâtre. Alors elle est plus ou moins circonscrite, et semble se rapprocher de la nature du pus, d'autant que cette couleur coïncide avec une plus grande intensité de l'inflammation.

La matière des opacités, on n'en peut douter, est exhalée par les vaisseaux de la cornée. Mais est-il nécessaire, pour que ce phénomène ait lieu, que ces vaisseaux aient été envahis par le cruor du sang, ou autrement, comme le dit M. Sanson (art. *Kératite* du *Dictionn. de Méd. prat.*), l'existence de vaisseaux rouges dans la cornée précède-t-elle toujours l'opacité de cette membrane? Non, assurément. D'abord rien de plus fréquent que des opacités de la cornée

dans l'état aigu de son inflammation, sans cette injection vasculaire; et quant à l'état chronique de sa phlegmasie, la présence des vaisseaux, quoiqu'elle soit presque constante, n'est pas rigoureusement nécessaire, comme le démontrent les observations 2.me et 3.me L'auteur que je viens de citer, dont l'autorité en ophthalmologie ne peut être déclinée, ne disconvient pas qu'il est des cas où l'on n'aperçoit pas de vaisseaux, même à la loupe, mais alors il suppose que leur ténuité les dérobe à l'observation.

Un des symptômes les plus caractéristiques de la kératite chronique, est le changement de forme qui se manifeste dans la cornée. Il n'est pas douteux pour moi que ce phénomène remarquable est la conséqnence d'une diminution de la cohésion des molécules organiques de la cornée, qui perd sa résistance, et cède peu-à-peu à la pression des humeurs de l'œil, dans une étendue variable de sa surface. La lésion que je vous signale diffère moins par sa nature que par sa forme, du ramollissement qui constitue la seconde période de la kératite aiguë; c'est, à proprement parler, un degré moins avancé d'une même altération organique. En effet, dans l'inflammation aiguë de la cornée, le tissu phlogosé se réduit en une sorte de pulpe ou de gelée entièrement privée de vie, et qu'éliminent prochainement l'absorption ou le mouvement des paupières. Dans la kératite chronique, l'atteinte portée au tissu ne va pas jusqu'à le désorganiser; elle agit de manière à en affaiblir la trame, mais les molécules organisées ne sont point frappées de mort; elles peuvent recouvrer leur cohésion naturelle, quand la cause qui l'avait atténuée a cessé d'exister.

Je crois qu'on peut conclure de ce qui précède, qu'il existe deux variétés de ramollissement de la cornée, l'un aigu, l'autre chronique. J'attache de l'importance à cette distinction, car c'est de la connaissance du ramollissement chronique que se tire en grande partie l'explication du mécanisme du staphylôme, comme je le démontrerai dans un autre travail.

La figure accidentelle que revêt la cornée, est presque toujours celle d'un cône obtus. Cela résulte, je pense, de ce que l'affaiblissement du tissu se faisant lentement et d'une manière inégale dans différens points, aussitôt que l'un d'eux ne peut plus contrebalancer l'effort que font *à tergo* l'humeur aqueuse et le corps vitré qui eux-mêmes sont poussés en avant par suite de de la rétractilité de la sclérotique, ce point doit se porter le premier en avant, et entraîner après lui les points qui l'environnent, à mesure qu'ils se trouvent dans les mêmes conditions de relâchement. J'ai remarqué aussi que le sommet du cône occupe constamment un point plus ou moins rapproché du centre de la cornée. Est-ce donc que cette partie a plus de tendance à se ramollir parce qu'elle est plus éloignée du centre circulatoire? Quoi qu'il en soit, vous remarquerez ici une analogie entre la cornée et les tissus de l'économie qui, comme les cartilages, ne reçoivent point la partie colorante du sang, et dont le ramollissement est un phénomène assez ordinaire, quand ils sont en proie à l'inflammation.

J'ai dit que la figure nouvelle que revêt assez fréquemment la cornée dans son inflammation chronique est celle d'un cône; cependant elle revêt quelquefois une autre forme.

Obs. VIe—*Kératite au deuxième degré, amincissement et élargissement de la cornée qui devient plus convexe.* — Une jeune fille de 13 ans, de tempérament très-lymphatique, souffrait depuis longtemps d'une ophthalmie de l'œil droit, quand elle vint me consulter le 28 septembre 1830. La cornée, sensiblement plus large et plus convexe que celle de l'œil gauche, avait perdu de son poli naturel, était en même temps plus mince et plus molle, ce que je constatai en exerçant alternativement une pression sur les deux yeux, à l'aide d'un stilet boutonné. On apercevait dans son épaisseur, deux petits *dépôts de matière d'un blanc sale et jaunâtre,* qui ne soulevaient pas ses lames superficielles.

Des vaisseaux très-nombreux parcouraient la cornée et lui communiquaient une couleur d'un rouge-blafard. Les deux yeux étaient d'un volume égal. La vue était perdue du côté affecté.

Ainsi, la cornée était tout à la fois plus *large*, *plus convexe et plus mince*, sans qu'on pût dire pour cela que c'était un staphylôme, car le volume de l'œil n'était pas changé : on ne peut admettre qu'il existait en même temps une hypercrinie de ses humeurs.

Si je ne m'apercevais que j'ai donné déjà trop d'extension, peut-être, à cette lettre, je vous aurais rapporté dans ses détails, une observation qui offre, je pense, une variété remarquable de kératite chronique. C'est celle d'un homme qui, affecté de trichiasis depuis sa première enfance, présentait une altération de la conjonctive telle que la cornée semblait recouverte d'une peau d'un blanc sale et vraiment desséchée. Sa surface était comme hérissée de petites squammes à demi-détachées et qui paraissaient à la veille de s'exfolier tout-à-fait. Chez cet individu, les paupières écartées par des cicatrices, suite de brûlures, ne touchaient plus le globe de l'œil, qui n'était plus humecté par les larmes.

Cette exfoliation lamelleuse, imitant jusqu'à un certain point la disposition des écailles, ne s'est jamais présentée deux fois à mon observation, et je crois pouvoir en inférer que ce cas est très-rare. Il n'y a aucun rapprochement à faire entre elle et la chute des lambeaux de conjonctive qu'on observe dans la kératite aiguë, et qui, d'abord séparés de la cornée par le ramollissement de ses couches superficielles, tombent à la manière des escarres.

J'ai passé en revue la symptomatologie locale de la kératite : je ne dirai qu'un mot d'un symptôme sympathique que j'ai toujours rencontré dans la kératite ; c'est une douleur située dans la tempe, du côté de l'œil malade, et qui souvent s'irradie dans les divisions du nerf trifacial.

Quoique j'aie traité longuement, soit dans le premier tra-

vail que j'ai cité en commençant, soit dans celui-ci, de l'inflammation de la cornée, je crois devoir, pour rendre son histoire plus complète, rapporter encore une observation qui vous offrira un cas de de kératite sur-aigue entée sur une kératite chronique, et qui mettra dans tout leur jour les diverses altérations que j'ai décrites précédemment. C'est de l'œil gauche de Marie Gilard, qu'il va être question.

Obs. VII°—*Kératite chronique revenue à l'état aigu, ramollissement pultacé de la cornée, destruction de la conjonctive cornéale qui se régénère ensuite.*—Au mois de février 1830, lorsque je vis la malade pour la première fois, les deux yeux étaient le siège d'une inflammation qui, s'étant montrée beaucoup plus forte dans l'œil gauche, constituait un état aigu enté sur un état chronique. Voici l'état de cet œil le 28 du même mois : la cornée est nuancée de diverses couleurs qui lui donnent l'aspect de la coupe d'un morceau de savon, si l'on suppose un peu de rouge mêlé à celui-ci; elle est plus saillante que dans l'état naturel; sa surface est partout inégale et bosselée; son tissu gonflé, fongueux, ramolli; la conjonctive, détruite en bas, dans l'étendue de deux lignes, laisse à découvert une surface rouge formée par les vaisseaux qui pénètrent dans la cornée. Cet œil distingue encore le jour des ténèbres.

6 mars; il était difficile de décider, lorsque je décrivis l'état qui précède, si la cornée avait éprouvé un relâchement dans toute son épaisseur, une vraie procidence, ou si les bosselures qu'on observait à sa surface étaient le résultat d'une sorte de boursouflement de son tissu. Aujourd'hui il est constant que ces deux états existaient réunis; mais, depuis, ils ont subi en sens opposé des modifications remarquables : ainsi la procidence de la cornée qui, le 28 février, était peu marquée, a fait des progrès sensibles, tandis que les saillies qui étaient dues à la raréfaction des couches superficielles se sont dissipées. Ces changemens résultent; 1.° de l'extension du ramollissement à des lames

plus profondes de la cornée ; 2.° de la chute d'une grande portion de la conjonctive et d'une couche de matière blanchâtre, épaisse de plus d'une demi-ligne, interposée entre elle et la cornée. Cette substance ramollie et comme pultacée, en se détachant de l'œil, a laissé à nu les deux tiers environ du tissu propre de la cornée que recouvrent cependant encore des vaisseaux rouges si nombreux, qu'ils forment une sorte de toile vasculaire analogue à la choroïde.

Le 10 mars ; la partie inférieure de la cornée, très-amincie par les progrès du ramollissement, s'est relâchée plus que le reste, et forme une protubérance partielle dans la concavité de laquelle s'est précipité l'iris. Les vaisseaux de la cornée ne sont plus à nu, une couche de lymphe coagulable les recouvre sans les dérober à la vue à cause de sa transparence.

Le 26 mars, la saillie plus marquée de la partie inférieure de la cornée est revenue à-peu-près au niveau des autres points. La lymphe, versée à la surface de cette membrane, s'est organisée, a perdu une partie de sa transparence, et masque jusqu'à un certain point les vaisseaux. La conjonctive semble se rétablir (Excision des vaisseaux et de la conjonctive autour de la cornée).

Tel était l'état de cet œil lorsque Marie Gilard partit pour son pays. A son retour à Angers, dix mois après, la cornée avait recouvré en partie sa transparence, et son tégument conjonctival s'était regénéré complètement.

Les circonstances de cette observation peuvent se résumer ainsi : kératite chronique avec épaississement de la cornée; violente recrudescence qui entraîne le ramollissement des lames superficielles et de la couche de matière blanche déposée à sa surface, ainsi que l'exfoliation de la conjonctive; procidence partielle de la cornée; exhalation de lymphe coagulable à sa surface, retrait de la procidence, organisation de la lymphe plastique et regénération de la conjonctive.

Elle démontre : 1.° que l'exhalation de matière blanche, qui a lieu dans la kératite chronique, se fait entre la conjonctive et la cornée, et que c'est sa quantité variable qui détermine principalement le degré d'épaississement de la cornée. 2.° que c'est également entre ces deux membranes que sont situés les vaisseaux rouges. 3.° que la cornée amincie par suite de ramollissement de ses lames superficielles peut recouvrir son épaisseur. 4.° que la conjonctive de la cornée peut se reproduire quand elle a été détruite. La régénération de la conjonctive, que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, est un fait très remarquable ; il prouve, selon moi, que cette membrane remplit à l'égard de la cornée le même office que l'épiderme pour la peau, et ce qui confirme cette analogie, c'est que, quand la mue a lieu chez les serpens, la cuticule se sépare des yeux comme des autres parties de l'animal. (1)

Je terminerai cette lettre par quelques observations sur le traitement de la kératite chronique. Si l'on considère les résultats surprenans obtenus du traitement de l'œil droit de Marie Gilard, on conviendra qu'il est peu de cas de cette phlegmasie dont on doive désespérer. Je ne nierai pas l'influence du séton, des amers et des dérivatifs sur cette cure; mais je suis persuadé que seuls ils eussent été

---

(1) On a considéré la conjonctive, de même que les autres muqueuses, comme une continuation de la peau, dont la texture serait seulement un peu modifiée. Dans les poissons et les reptiles, la peau passe directement au-devant de l'œil sans former aucun repli. Chez le *poisson coffre*, la conjonctive est si semblable au reste de la peau, qu'on y voit des lignes qui forment les mêmes compartimens que sur tout le corps de ce poisson. (Cuvier, *Anat. comparée*, tome II, page 393 et 394.)

Chez l'homme, la muqueuse de l'œil s'amincit graduellement en passant des paupières sur la sclérotique, et de celle-ci sur la cornée, de sorte que quand elle est arrivée sur cette dernière membrane elle semble être réduite à son épithélium. C'est la cause qui fait, je pense, que la conjonctive cornéale se reproduit quand elle a été détruite, comme cela a lieu pour l'épithélium de la muqueuse buccale.

impuissans à dissiper des lésions si profondes. C'est à l'excision, trois fois répétée autour de la cornée, que je rapporte la plus grande partie des effets que j'ai obtenus, et cette opinion s'étaie non seulement des autres faits que je vous ai rapportés, mais d'un plus grand nombre que j'ai recueillis sur des individus qui ont été soumis à la même médication. En pratiquant des excisions autour de la cornée chroniquement enflammée, on la prive en grande partie des sucs nourriciers qui y arrivent, et cette soustraction est suivie prochainement d'un ramollissement plus ou moins sensible, et de l'absorption de la matière concrète qui s'y est épanchée. Si l'excision a été faite sur toute la circonférence de manière à isoler, de toutes parts, la conjonctive cornéale de la sclérotidienne, et qu'on promène ensuite le tranchant du bistouri dans la solution de continuité pour couper les vaisseaux qui ont échappé aux ciseaux, on produit le ramollissement des lames superficielles de la cornée et de la conjonctive cornéale, qui elles-mêmes sont absorbées. Or, comme ces parties, ainsi que je l'ai fait voir, peuvent se reproduire, on peut ainsi remplacer des parties opaques par d'autres qui ont presque la transparence de l'état naturel. Telle est la théorie du traitement des opacités par l'excision des vaisseaux qui s'y distribuent.

De l'emploi du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; par A. TOULMOUCHE, *docteur-médecin à Rennes, membre-correspondant des Sociétés de Médecine de Bordeaux, Nantes, Lyon, Caen, Toulouse, etc.* (1)

Peu de maladies ont été l'objet de plus d'essais thérapeutiques que la phthisie pulmonaire, dont les lésions

(1) Ce mémoire avait été envoyé, dès l'année 1832, pour être lu à l'Académie royale de Médecine de Paris. Diverses circonstances en ont fait ajourner la présentation depuis plus d'un an. Ce travail aurait

anatomiques bien connues et décrites tant de fois, n'ont pas moins laissé beaucoup d'incertitude sur sa véritable nature. Si l'on parcourt la longue énumération des moyens thérapeutiques essayés contre cette affection, on verra qu'aux médicamens administrés sous les formes solides ou liquides les plus variées, succéda leur emploi sous forme gazeuse ou de vapeurs, dont on perfectionna les procédés à mesure que la chimie pneumatique faisait plus de progrès. Ainsi, je citerai les fumigations émollientes, l'aspiration de vapeurs aromatiques, puis balsamiques ou résineuses; celle de l'éther ou de la vapeur d'eau versée chaude sur la ciguë, la morelle, conseillée par M. Broussais; l'atmosphère marine artificielle, à l'aide de varechs frais, établie par Laennec dans une petite salle de l'hospice de la clinique, dans laquelle il plongeait les phthisiques pendant plusieurs mois; les fumigations de feuilles de belladone infusées dans une forte solution d'opium, conseillées par M. Cruveilhier; la respiration des vapeurs de l'iode, à l'aide d'un flacon tubulé dans lequel on projettait un quart ou un demi-grain par jour d'hydriodate de potasse, sur lequel on versait ensuite de l'acide sulfurique étendu d'eau; l'emploi beaucoup plus ancien de l'oxygène, de l'hydrogène, de l'acide carbonique, de l'air des étables, etc.

La science en était là sous le rapport thérapeutique, lorsque M. Gannal, chimiste, fut conduit, par la remarque que lui fit, en 1819, un fabricant de toiles peintes de St.-Denis, que les ouvriers atteints de phthisie étaient soulagés par leur séjour dans la portion de la manufacture destinée au blanchi-

eu sans doute plus d'à-propos alors, à cette époque où les journaux retentissaient d'éloges exagérés sur les succès du chlore dans la phthisie pulmonaire. Néanmoins comme la décision de l'Académie de Médecine, en faveur d'une récompense à accorder au prôneur des succès de l'emploi de cet agent thérapeutique, semblerait entraîner la conséquence d'une sorte de sanction aux prétentions émises à ce sujet, j'ai cru qu'il pouvait être utile de publier les résultats contradictoires que j'ai obtenus de l'usage du même moyen.

ment par le chlore, fut conduit, dis-je, à penser que ce gaz porté dans les voies aériennes pourrait peut-être arrêter les progrès de cette maladie. En conséquence, il fit des expériences sur plusieurs malades, en se servant d'une dissolution de chlore dans de l'eau distillée, qu'il versait dans un flacon à deux tubulures, dont le liquide intérieur était entretenu à une température de 32° de chaleur. Il commençait par 10, 15, 20 et 30 gouttes, qu'il réitérait deux à trois fois le jour. Les trois malades dont il rapporte l'histoire avaient été trop imparfaitement examinés, pour qu'on pût en regarder les observations comme concluantes. Et, l'une des guérisons par le chlore, qu'il cita dans son mémoire, ne fut rien moins que démontrée, puisque le Dr Delaroque annonça, dans la séance de l'*Académie royale de médecine*, du 13 juillet 1829, que le malade *était toujours dans un état aussi alarmant qu'avant le traitement.*

M. Cottereau s'empara de l'idée de M. Gannal, soumit plusieurs sujets à la même médication, et prétendit aussi avoir obtenu plusieurs succès : l'un, chez une jeune dame qui succomba six à huit mois après, à une affection inflammatoire aiguë de l'estomac, et chez laquelle les Drs Caignou et Parmentier trouvèrent, à l'ouverture du cadavre, les poumons parfaitement guéris (1); l'autre chez M. Péan, élève en médecine, reconnu phthisique au troisième degré, (sans doute pectoriloque, quoiqu'on ne le dise pas) par l'un des commissaires de l'*Académie royale de médecine*, et qui fut *presque guéri*. Enfin, plusieurs autres sont aussi peu concluans ; car quelques faits en opposition avec un grand nombre d'autres, ne peuvent infirmer les conséquences qu'on est en droit de tirer des derniers. Le même médecin, bien qu'ayant donné à l'appareil si simple de M. Gannal, une sorte d'élégance et de luxe propres à en imposer sur son importance et son utilité réelles, n'a d'ailleurs qu'un

(1) V. *Archives gén. de Méd.*, t. XXIV, p. 34.

bien petit nombre d'observations rigoureuses. En effet, la plupart, comme celles citées par le précédent chimiste, semblent n'avoir été que des catarrhes chroniques simulant la phthisie pulmonaire.

Quant aux faits dont M. Bayle a fait mention dans la *Revue Médicale*, cahier de novembre 1829, ils ne prouvent pas davantage; car, sur douze malades un seul guérit, et encore le médecin convient-il lui-même ne l'avoir jugé phthisique que sur les symptômes généraux.

Voulant vérifier la réalité des succès qu'on prônait avec tant d'emphase dans les journaux, je commençai dans le courant de l'année 1829, une série d'expériences dont je rendrai compte plus bas, et dont les résultats ont été aussi négatifs que ceux obtenus par MM. Ambroise Laennec à Nantes, Flandin, Miquel, Meriadec-Laennec et Rault à Saint Brieuc. Comme ces derniers, j'observai que l'usage du chlore avait produit chez presque tous les phthisiques auxquels je l'avais administré, un mieux momentané, consistant dans plus de facilité à expectorer, dans un aspect plus muqueux des crachats, dans le développement subit de l'appétit, dernier effet qui a presque toujours été constant. La plupart des malades n'ont pu en supporter long-temps l'administration. Elle finissait par produire de la chaleur et de l'irritation au larynx, une sensation de sécheresse dans la poitrine, de la toux. Toutes les personnes que j'ai soumises à ce traitement étaient pectoriloques. Elles n'ont éprouvé qu'un soulagement momentané et n'en ont pas moins succombé. Chez deux d'entr'elles, je crus avoir obtenu une véritable guérison, mais elles étaient atteintes de catarrhe chronique, dont les symptômes généraux avaient simulé ceux de la phthisie pulmonaire: le phénomène de la pectoriloquie était probablement dû à une dilatation des bronches qui avait produit une résonnance de la voix propre à l'imiter.

Il m'a semblé que la marche de la maladie avait été, dans

plusieurs cas, ralentie, et la sécrétion muqueuse ou purulente diminuée.

L'appareil dont je me servis dans ces expériences se composait d'un flacon à large orifice, fermé par un bouchon de liége traversé de deux ouvertures pour y faire passer un tube de verre droit devant plonger dans l'eau, et un second recourbé à angle obtus, par lequel le malade inspirait le chlore. Il n'est autre, comme on le voit, que celui que M. Gannal employait pour faire faire de quatre à six aspirations par jour, d'un demi-quart d'heure de durée chacune. J'avais soin de faire recouvrir complètement de papier noir le flacon bouché à l'émeri qui contenait l'eau sursaturée de chlore, afin qu'il ne se formât pas à la lumière un peu d'acide hydrochlorique.

J'ai pu généralement prescrire cet agent thérapeutique à des doses beaucoup plus élevées que leurs inventeurs ne l'ont fait, comme on s'en convaincra par les observations ci-après. Je dois dire qu'après en avoir reconnu l'insuffisance dans la phthisie pulmonaire, j'eus l'idée de l'employer, dans mon hôpital, contre le catarrhe chronique muqueux, et que j'en obtins les plus brillans résultats.

Dans un cas de catarrhe suffocant qui avait résisté aux moyens les plus énergiques, et par lequel la vie se trouvait gravement compromise, l'aspiration du chlore fit cesser le danger, et la malade fut sauvée. Je me propose de l'essayer dans la coqueluche; je n'en ai retiré aucune utilité dans l'emphysème des poumons ou asthme.

Obs I.re — M. B...., âgé de 22 ans, militaire, ayant beaucoup abusé des liqueurs fortes et des femmes, entra dans les hôpitaux, deux ans avant 1829, avec tous les symptômes de la phthisie pulmonaire pour lesquels il fut soumis au traitement ordinaire : infusions de plantes dites *pectorales*, juleps, loochs, émissions sanguines, et application de vésicatoires. La maladie continuant à faire des progrès, il fut réformé et rendu à sa famille.

Quelques hémoptysies avaient eu lieu avant le 30 avril 1829, époque à laquelle je fus appelé pour lui donner des soins ; j'observai les phénomènes suivans : maigreur très-grande, dévoiement, douleurs à l'épigastre et au pourtour du nombril, peau sèche et terreuse, toux fréquente, respiration courte, quintes de toux, expectoration mucoso-purulente, abondante ; fièvre hectique avec redoublement chaque soir : le malade ne pouvait rester levé que quelques heures.

La poitrine auscultée, je trouvai une pectoriloquie des plus évidentes au sommet de chaque poumon, avec cette différence qu'à droite elle s'entendait dans une plus grande étendue, avec une sorte de tintement et sans mélange de râle, tandis qu'au sommet du poumon gauche on percevait un gargouillement marqué. En outre, dans le premier point, la respiration avait quelque chose de tubaire et de sec (respiration caverneuse), ce qui pouvait faire préjuger que l'excavation tuberculeuse correspondante était presque vide, et que la nature devait avoir déjà commencé à produire une production fibro-cartilagineuse ou autre propre à en opérer la cicatrisation, tandis que de l'autre la caverne devait contenir encore de la matière tuberculeuse liquéfiée, ou autre sécrétion muqueuse abondante. (Julep calmant, infusion de fleurs de verbascum édulcorée avec le sirop de capillaire, gelée de corne de cerf.)

2 septembre, prescription de cinq à six aspirations de chlore pour la journée, à dix gouttes. La première, qui fut faite devant moi, fut aisément supportée. Le malade dit percevoir la saveur du gaz.

Le lendemain, trois aspirations à 26 gouttes d'eau chlorée furent continuées, sans qu'il en résultât aucune incommodité. Les crachats furent un peu moins abondans, la fièvre et le découragement moindres, la nuit un peu meilleure.

17. Le mieux ne discontinua pas, malgré les aspirations

chloreuses à 65 gouttes chaque fois; appétit très-marqué; dévoiement dû à ce que le malade s'était trop abandonné à sa faim. La dose d'eau chlorée fut portée à cent et quelques gouttes et au-delà; il ne put la supporter et la réduisit à une cuillerée à bouche, six fois le jour. L'expectoration et la toux continuèrent à être à-peu-près les mêmes. Mais le malade avait repris de la vivacité et un peu d'embonpoint. La diarrhée avait cessé, le sommeil était revenu, et les sueurs étaient presque nulles, pourvu toutefois qu'on administrât le soir quelques cuillerées d'une potion avec l'acétate de morphine.

25; les nuits étaient moins troublées par les quintes de toux; l'appétit se soutenait, l'expectoration avait diminué de deux tiers. Cependant on ne pouvait donner qu'une cuillerée à café d'eau chlorée lorsqu'elle était nouvellement préparée, et une à bouche lorsqu'elle touchait à sa fin.

3 octobre; les sueurs deviennent plus fortes, la toux plus fréquente, l'appétit moindre. Il ne fut plus possible d'administrer la plus petite dose de chlore.

Le malade découragé ne parla plus que d'aller habiter les bords de la mer. (fumigations de feuilles de jusquiame infusées dans une forte dissolution d'opium. Potion avec l'acétate de morphine pour la nuit).

Les premières aspirations produisirent une ébriété analogue à celle que cause le tabac fumé par ceux qui n'en ont pas l'habitude. Cette nouvelle médication fut continuée pendant 15 à 20 jours seulement.

27; M. B*** continuait à maigrir. Les crachats étaient jaunes, opaques, muqueux, abondans; les forces des bras plus prononcées que celles des jambes. L'appétit étant presque nul, il s'excitait à manger par toute espèce de raffinemens culinaires, et rappelait incessamment par là la diarrhée. Un cautère avait été appliqué, depuis quinze jours, au-dessous de chaque clavicule, et la suppuration entretenue.

Les extrémités inférieures commencèrent à s'œdématier vers le soir. Cependant le patient prétendait être très-bien : il se décida à reprendre le chlore.

4 novembre. La maigreur avait fait des progrès plus marqués. Les crachats et la toux n'avaient point diminué ; il existait de la douleur à l'épigastre, une anorexie complète, un peu d'altération, des alternatives de dévoiement. On ne put aller au-delà de douze gouttes d'eau chlorée, quatre fois le jour. On essaya quelques promenades en voiture.

14 ; l'émaciation ayant beaucoup augmenté, le décubitus prolongé sur les saillies osseuses devint très-fatiguant et douloureux. Découragement, sueurs plus fortes, langue blanche et piquetée vers la pointe, expectoration plus abondante, surtout la nuit ; urines épaisses. Le malade qui s'était habitué à prendre chaque soir en laudanum la valeur de quatre grains d'opium, n'en éprouvant plus d'effet, le remplaça par deux grains d'acétate de morphine. Les aspirations chlorées furent continuées à 20 et 30 gouttes.

20 ; accès d'orthopnée après le repas, pendant lequel les joues offrirent une coloration vive, les yeux devinrent brillans, la respiration excessivement pénible, l'expectoration nulle, et les douleurs dans les jambes si vives que le moindre mouvement arrachait des cris au malade. (sinapismes, potion kermétisée).

Le calme se rétablit au bout d'une heure. Le lendemain le même accès se renouvela, mais moins intense.

25 ; amaigrissement effrayant, crachats purulens, sueurs colliquatives, sommeil presque nul, même inappétence, faiblesse très-grande, voix éteinte. Le malade me parla confidentiellement de la certitude de sa fin prochaine. L'oppresion augmenta ainsi que la difficulté à expectorer, par suite de la débilité générale. Enfin, trois jours après, M. B*** expira en conservant presque jusqu'aux derniers momens l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Bien que la famille, en s'opposant à ce que je fisse l'autopsie cadavérique, ait rendu cette observation incomplète, les symptômes caractéristiques de la phthisie pulmonaire furent tellement tranchés que je ne pense pas qu'on mette en doute l'exactitude du diagnostic. On voit par cet exemple à quelle dose énorme l'eau chlorée put être impunément portée chez ce malade, et que malgré la constance et l'espèce de courage avec lesquels M. B*** en continua l'usage, la maladie n'en suivit pas moins une marche assez rapide, quoiqu'elle eût semblé suspendue ou diminuée un instant.

Obs. II.e — Adèle R***, âgée de 21 ans, habituellement bien portante, fut trompée par un jeune homme qu'elle aimait, et abandonnée après avoir reçu de lui la promesse qu'il l'épouserait. Elle en éprouva un profond chagrin pendant sa grossesse, et accoucha néanmoins sans accident d'un enfant bien constitué. Peu de temps après elle fut prise d'hémoptysie, puis d'une toux journalière, de sueurs nocturnes, et elle commença à maigrir. Les fonctions de l'estomac s'altérèrent bientôt, et les règles ne reparurent plus.

Appelé le 2 juillet 1829, je remarquai les symptômes suivans : amaigrissement, tristesse profonde, langue rouge et piquetée, soif vive, douleur à l'épigastre, nausées, vomissemens, toux habituelle, pouls fréquent.

Ces signes d'irritation gastrique prédominant, je ne songeai d'abord qu'à les combattre. En conséquence, une application de 12 sangsues fut faite sur la région stomacale. Une boisson adoucissante, des cataplasmes émolliens, et un régime approprié furent prescrits. Il en résulta du soulagement, et les jours suivans je pus m'occuper de l'état de la poitrine. La malade toussait, était oppressée, maigrissait; ses crachats étaient muqueux; il y avait des sueurs nocturnes. Le thorax percuté résonnait à-peu-près également. La respiration s'entendait un peu moins au-dessous des clavicules et sous l'aisselle droite que du côté opposé. On trou-

vait une *pectoriloquie évidente* dans la fosse sous-épineuse et sous la clavicule droite; le cœur était dans ses conditions normales. D'après cela, je diagnostiquai : *phthisie tuberculeuse, excavation au sommet du poumon droit.* (Infusion de fleurs de verbascum avec sirop d'hysope, tablettes gommeuses anisées de Spitzlay; julep anodin pour la nuit, vésicatoire au bras).

La malade continua pendant les mois de juillet et d'août, à tousser et à cracher fréquemment. L'amaigrissement semblait cependant s'être un peu arrêté; je lui fis quitter un cellier humide dans lequel elle couchait.

Elle commença le 4 septembre les aspirations de chlore à 10 gouttes, et six fois le jour. A cette époque les sueurs nocturnes avaient diminué, l'expectoration était la même, l'appétit variable, la fièvre hectique presque nulle. Adèle R*** continua l'usage de ce remède progressivement augmenté jusqu'au 17, où elle le prenait à la dose de cent gouttes. Le visage avait repris un peu d'embonpoint, l'appétit avait augmenté.

25; La malade fut obligée de diminuer de beaucoup la quantité d'eau chlorée, celle-ci provoquant de l'irritation au larynx, et de violentes quintes de toux. Les crachats étaient toujours jaunâtres et muqueux. Pendant tout le mois d'octobre et le commencement de celui de novembre, la patiente, cédant à mes sollicitations, reprit encore pendant quelque temps les aspirations chloreuses à 10 et 15 gouttes. Enfin, découragée par l'inutilité de ce traitement, elle cessa tout remède. Elle s'affaiblit de plus en plus, continua à tousser fréquemment, à éprouver des sueurs nocturnes et deux exacerbations pyrétiques chaque jour; l'appétit devint nul, les jambes s'œdématièrent. La malade pleine de courage passait les trois quarts des journées assise dans l'âtre du foyer, tellement rapprochée du feu que ses poignets en étaient brûlés.

4 décembre; œdème du visage, tuméfaction de même

nature du poignet droit et des membres abdominaux. Peau terreuse, respiration courte, aphonie dépendant probablement d'ulcérations dans le larynx; douleur dans l'acte de la déglutition; dégoût pour toute espèce d'alimens, décubitus sur le dos, escarre au sacrum.

Depuis huit à quinze jours, la malade avait cessé de se lever. Excoriation à la partie interne et supérieure des cuisses et au pourtour de la vulve. Pressentiment d'une fin prochaine : mort le 9. L'autopsie cadavérique ne put être faite.

Obs. IIIe — J. Vergniaud, ouvrière, âgée de 19 ans, eut ses vêtemens traversés par une pluie d'orage durant lequel sa marche avait été très-précipitée. Elle commit l'imprudence de ne pas changer de linge, mais de le laisser sécher sur elle. De ce moment, les règles se supprimèrent. Il survint une toux fréquente, de l'oppression, de la fièvre vers le soir, en un mot tous les symptômes d'une bronchite intense. Depuis cette époque, 20 juin 1829, jusqu'au 24 juillet, la malade continua à tousser et à expectorer des crachats blancs muqueux; elle maigrit beaucoup pendant ce laps de temps, et s'entêta à continuer son travail de repasseuse, envisageant toujours ce qu'elle éprouvait comme le résultat d'un rhume négligé ou très-fort.

Appelé le 25 juillet, j'observai les phénomènes suivans : Coloration des pommettes, visage amaigri, toux fréquente suivie à chaque quinte d'efforts pour vomir; épigastre douloureux à la pression, soif, sueurs abondantes toutes les nuits, peu de sommeil, oppression, fièvre hectique, crachats d'un blanc jaunâtre, muqueux, de forme arrondie, amenorrhée; quelques hémoptysies avaient eu lieu précédemment. La poitrine résonnait à-peu-près partout également; cependant, au-dessus des clavicules, il y avait une légère différence; la respiration s'y entendait aussi beaucoup moins bien. *La pectoriloquie fut trouvée évi-*

dente au-dessous de la clavicule droite, et dans la fosse sus-épineuse du même côté. Je diagnostiquai : *phthisie tuberculeuse, excavation au sommet du poumon droit, légère phlegmasie de l'estomac.* (Tablettes de Spitzlay, julep, cataplasme sur l'épigastre, infusion des fleurs dites pectorales). Le lendemain une application de dix sangsues fut faite sur la région stomacale et ne produisit que peu de soulagement : il en fut ainsi d'un vésicatoire placé au bras.

La maladie faisait des progrès effrayans, l'amaigrissement se proportionnait à la marche aiguë de cette phthisie ; et la patiente, découragée par l'inutilité de tous les moyens employés jusqu'alors, ne voulut plus entendre parler d'aucun remède. Néanmoins, le 2 septembre, je la décidai à essayer le chlore, en commençant par dix gouttes six fois le jour. Elle le respira sans en éprouver aucune gêne. Nuits agitées et troublées par la fréquence des quintes de toux ; sueurs excessives, expectoration la même, rougeur de la peau qui recouvre la saillie du grand trochanter gauche, par suite du long décubitus sur cette partie, le coucher sur l'autre côté étant très-incommode.

7 ; exacerbation de la fièvre hectique chaque soir jusqu'à trois heures de la nuit ; maigreur de plus en plus marquée, oppression et toux aussi fréquentes, expectoration un peu moins abondante, crachats jaunes, arrondis, contenant des petits grumeaux de matière tuberculeuse ramollie ; escarre vis-à-vis le trochanter gauche. Continuation des aspirations chloreuses à 35 gouttes, que la malade fut obligée d'interrompre les jours suivans à cause de l'irritation laryngienne qu'elles causaient et de l'enrouement plus marqué qu'elle leur attribuait. La maigreur faisait des progrès, les sueurs colliquatives et la fièvre hectique continuaient, la maladie marchait avec une rapidité effrayante.

18 ; l'oppression était extrême, l'expectoration difficile, l'inspiration accompagnée de temps en temps d'une espèce

de gargouillement résultant de l'accumulation des crachats dans les bronches. Chaque nuit redoublement de la fièvre avec délire, pendant lequel la malade, quoique très-pieuse, jetta plusieurs fois loin d'elle un crucifix sur lequel elle reposait habituellement sa tête. Narines retractées dans l'action de respirer, affaissement général, aphonie, douleur au larynx pour avaler; mort le lendemain à deux heures de l'après midi.

Malgré que l'autopsie cadavérique ne pût ici, comme dans les cas précédens, completter cette observation, personne ne conservera de doutes, j'imagine, sur la réalité d'une phthisie pulmonaire chez cette malade, et sur la marche plus aiguë que sembla lui imprimer le chlore.

Obs. IV.e Michelet, menuisier ébéniste, âgé de 21 ans, d'une organisation nerveuse et très-irritable, éprouva, cinq mois avant d'achever son tour de France, une hémoptysie assez forte, à la suite de laquelle il continua à tousser et à expectorer des crachats blancs, qu'il attribua à un rhume plus tenace que de coutume. De retour à Rennes son pays natal, il vint me consulter le 12 octobre 1829. A cette époque il avait beaucoup maigri; il toussait sans cesse, il survenait de l'oppression dès qu'il voulait se livrer au moindre exercice ou au travail. Il était exténué par des sueurs nocturnes assez fortes. La poitrine était étroite; et percutée, elle résonnait moins bien au-dessous des fosses sous-épineuses des omoplates. La respiration s'entendait aussi moins fortement, à l'aide du stéthoscope, vers la partie supérieure du thorax, surtout à droite. *La pectoriloquie était évidente* vis-à-vis les fosses sus et sous-épineuses du même côté. Diagnostic : *phthisie tuberculeuse, caverne dans le sommet du poumon droit.*

Le lendemain, des inspirations de chlore à dix gouttes furent commencées et augmentées d'autant les jours suivans, jusqu'à 30. A cette dose elles produisirent de l'irritation au larynx et des quintes de toux, malgré qu'on eût

diminué de 15 gouttes. Le malade fut obligé d'interrompre même à dix.

17. Nul soulagement; oppression et expectoration les mêmes, amaigrissement, sueurs la nuit. On substitua au chlore l'aspiration de la vapeur aqueuse des feuilles de jusquiame infusées dans une forte dissolution d'opium, et une potion pour la nuit avec l'acétate de morphine.

28. Le malade continuait à se lever; les crachats étaient jaunes-pâles et muqueux; la respiration courte, le sommeil fréquemment interrompu par les quintes de toux. Faiblesse très-grande, tristesse, nul soulagement par les fumigations de feuilles de jusquiame. Celles de chlore furent reprises le 27 octobre.

30. Expectoration la même, ainsi que la toux et les sueurs; aphonie variable. Le remède fut porté à 20 et 30 gouttes, pendant la presque totalité du mois suivant. Le malade, voyant qu'il n'en éprouvait aucun bénéfice, le cessa enfin entièrement.

3 décembre. Amaigrissement plus marqué, quintes de toux fréquentes, surtout la nuit. Sueurs, fièvre lente avec redoublement le matin et le soir. Crachats jaunâtres; douleurs pongitives par fois dans les parties latérales et inférieures de la poitrine; coliques sans dévoiement; *pectoriloquie des plus évidentes* vis-à-vis les fosses sus et sous-épineuses de l'omoplate droite et au-dessous de la clavicule du même côté. Refus de prendre aucun autre médicament que des tablettes de baume de Tolu ou celles de Spitzlay, et un julep anodin pour la nuit.

Le malade passait les journées entières dans l'angle d'un vaste foyer, penché sur la braise, et tellement rapproché de celle-ci, que la peau des genoux et de la partie antérieure des jambes avait fini par se marbrer de taches brunâtres, par l'action continue de la chaleur.

L'affaiblissement et la maigreur augmentèrent. Michelet cessa de se lever, et expira le 27 décembre.

On voit que chez cet individu le chlore ne put être supporté, même à la dose de 20 à 30 gouttes, et qu'il ne produisit pas le moindre amendement.

V.e Obs. — M.me Heer, née dans les vallées de la Suisse, âgée de 28 ans, et mariée à un chirurgien-major de l'un des régimens de cette nation alors au service de la France, avait voyagé dans la plus grande partie de ce pays, lorsqu'il y a six mois, étant à Rochefort, elle fut prise de fièvre intermittente, et peu après d'une affection qu'on caractérisa de catarrhale. Elle éprouva à la suite de celle-ci plusieurs hémoptysies, et continua à tousser; en même temps elle eut des sueurs chaque nuit, et elle commença à maigrir. Un cautère fut appliqué à un bras, le lichen d'Islande et le lait furent conseillés. Enfin la malade fut dirigée sur Rennes, où elle arriva le 6 novembre 1829.

Appelé le 8, je la trouvai dans l'état suivant: visage pâle et amaigri, langue blanche et piquetée, douleur à l'épigastre, éructations, nausées de temps en temps, anorexie, soif, constipation, pouls fréquent, sueurs nocturnes, toux presque continuelle, expectoration muqueuse abondante. Etudiée avec le stéthoscope, la respiration s'entendait moins bien vers le sommet des poumons; *pectoriloquie évidente* sous les clavicules et dans les fosses sus et sous-épineuses des omoplates. Le ventricule droit du cœur donnait une certaine impulsion avec sonoréité. Diagnostic: *phthisie pulmonaire tuberculeuse avec excavation aux sommets des poumons; dilatation du ventricule droit du cœur avec légère hypertrophie.* (Aspiration de cinq à six gouttes de chlore; tablettes de Spitzlay; potion opiacée pour la nuit.)

12. Le médicament ne put être supporté et continué. Il donnait lieu à des étourdissemens, à des quintes de toux et à de l'oppression. Douleur vive à la partie inférieure et gauche du thorax dans l'acte de tousser; fièvre le matin et le soir, sueurs, crachats muqueux et abondans. (Application de dix sangsues sur le côté douloureux.)

14. Nul soulagement ; chaque quinte de toux produisait la même souffrance au-dessous de la région du cœur. Appétit presque nul ; fréquence très-grande du pouls, soif, impossibilité de supporter aucune boisson froide. (Décoction de dattes et jujubes. Les aspirations du chlore furent remplacées par celles de feuilles de jusquiame infusées dans une forte solution d'opium ; potion avec l'acétate de morphine pour la nuit).

La malade cessa au bout de quelque temps ces fumigations, et se borna aux deux autres remèdes ; il survint une fièvre-tierce intercurrente qui céda à quelques doses de sulfate de quinine.

27. Continuation des sueurs, toux, expectoration muqueuse abondante, fièvre hectique, insomnies, anorexie, douleur rhumatismale très-intense dans le bras droit, nulle diarrhée, amaigrissement plus sensible, découragement, faiblesse plus grande. La malade ne se leva plus que quelques heures le soir, pendant qu'on faisait son lit. (Liniment opiacé.)

4 décembre. La souffrance du bras continua à éloigner le sommeil ; pâleur du visage, soif, constipation. Mme Heer ne voulut plus prendre que du café au lait pour toute nourriture, (émulsion, vésicatoire au bras).

10. Les douleurs du bras cédèrent entièrement à l'action de ce révulsif. Expectoration la même, faiblesse excessive, sueurs continuelles, fièvre de consomption, maigreur plus prononcée, rougeur au sacrum.

20 janvier. Aphonie ; attaques d'orthopnée qui diminuent lorsque l'expectoration suspendue ou difficile devient plus aisée ; débilité tellement grande que la patiente ne peut plus se lever et cracher ; sueurs colliquatives, diarrhée, inspirations courtes et pénibles. Mme Heer passait les journées et une partie des nuits sur son séant. Pressentimens sinistres, larmes fréquentes, traits effilés, pâleur du visage, peau terreuse, dilatation des ailes du nez à chaque inspiration. (Julep kermétisé, infusion de thé, pédiluves synapisés).

La malade mourut le 15 février, dans le marasme le plus effrayant.

Obs. VIe. — Mlle F....., actrice, âgée de 23 ans, toussait depuis huit à douze mois, et avait tellement perdu ses forces depuis quelque temps, qu'elle ne pouvait plus jouer. Elle rapportait l'origine de sa maladie à des chagrins profonds, et à la tentative qu'elle avait fait d'y mettre fin, en se précipitant dans une rivière dont on l'avait retirée assez à temps pour la sauver. Elle avait été sujette d'abord à de violentes palpitations de cœur, que Mr Bretonneau avait combattues par les préparations de digitale pourprée et de jusquiame. A l'époque ou je vis Mlle F....., elles ne se faisaient sentir que rarement. Pâleur et médiocre amaigrissement du visage, mais plus marqué à la poitrine, respiration courte, oppression, fièvre hectique avec exacerbation vers le soir, peu de soif, insomnie causée par les quintes de toux, légère douleur à l'épigastre, appétit, crachats muqueux, abondans ; aménorrhée, diarrhée. Le thorax percuté résonnait assez également partout. On remarquait toutefois une légère différence à la partie supérieure et droite. La respiration s'y entendait aussi moins bien. *Pectoriloquie évidente* vis-à-vis les fosses sus et sous-épineuse de l'omoplate du même côté. Je reconnus, en outre, les signes d'une légère hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur. Diagnostic : *phthisie tuberculeuse, excavation dans le sommet du poumon droit.* Le dévoiement fut combattu par la décoction blanche et des tiers de lavement opiacé.

Mlle F..... commença, le 20 décembre 1829, les aspirations de chlore, à huit gouttes d'abord quatre fois le jour, et ensuite à six. La température de la chambre fut maintenue aussi égale que possible, celle du dehors étant de six degrés au-dessous de zéro.

28. Diminution de la diarrhée, exacerbation pyrétique du soir un peu moindre; les aspirations chloreuses continuèrent à être bien supportées.

1er janvier 1830 : appétit, oppression beaucoup plus forte ; le matin enrouement et presqu'aphonie au réveil, expectoration de crachats blancs jaunâtres. Il ne fut plus possible de faire que deux aspirations par jour, un plus grand nombre fatiguant la malade. (Julep avec l'acétate de morphine pour la nuit).

6. On fut obligé de les suspendre entièrement ; amaigrissement plus prononcé, alternatives de dévoiement, toux.

22. Aphonie le matin, sueurs nocturnes, appétit variable, sommeil presque nul.

30. Maigreur tellement grande que la peau semblait collée aux os ; respiration très-courte et en quelque sorte mécanique ; état d'inertie tel que, lorsqu'on couche la malade sur un côté, il lui est impossible de changer de position. Affaiblissement extrême, teinte livide du visage, traits profondément altérés, préférence du décubitus sur le côté droit ; pouls filiforme. Mlle F..... expire le 2 février.

Ici, comme dans le cas précédent, le chlore ne put être supporté, et la marche de la phthisie pulmonaire sembla plutôt activée que ralentie par l'emploi de ce moyen.

Obs. VIIe. — Un boulanger âgé de 39 ans, avait offert, cinq années avant l'époque à laquelle je l'examinai, tous les signes de phthisie pulmonaire, et depuis avait semblé guéri, soit que la maladie eût suspendu sa marche, soit que la cicatrisation d'excavations tuberculeuses eût eu lieu, lorsque le 12 mai 1829, il fut pris d'une hémoptysie qui dura cinq à six jours. Depuis, il avait continué à tousser, à éprouver des sueurs chaque nuit, à expectorer des crachats d'un blanc jaunâtre, à ressentir des douleurs dans la poitrine, à s'essoufler au moindre travail, et à maigrir. Cet homme était marié depuis cinq mois.

Il commença un traitement par le chlore, le 27 mai, et à suivre un régime purement animal : je me proposais de modifier par là la composition du sang. Le même jour, la poitrine avait été auscultée avec soin, et j'avais trouvé que la respiration s'entendait moins bien à la partie supérieure

du côté droit du thorax, et qu'il y avait *pectoriloquie évidente* vis-à-vis la fosse sus-épineuse de l'omoplate droite et sous la clavicule du même côté, et que le cœur était dans ses conditions normales.

5 juin. L'amaigrissement et les sueurs nocturnes étaient moindres, l'expectoration toujours jaunâtre et muqueuse. Le malade continuait à être oppressé, le chlore était respiré à 25 gouttes. (Tablettes de Spitzlay, vésicatoire au bras droit.)

5 juillet. Nul soulagement par la continuation du même traitement, en sorte qu'il fut discontinué. Essoufflement au moindre mouvement, maigreur faisant des progrès. Le malade succomba un mois plus tard avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire parvenue au dernier degré.

J'aurais pu réunir dans ce mémoire, si je n'avais craint d'être fastidieux, un beaucoup plus grand nombre d'observations, puisque j'ai expérimenté avec le même insuccès le chlore sur plus de soixante phthisiques dans ma pratique particulière, et sur à-peu-près une vingtaine d'autres, en 1831, à la *Maison centrale de détention* des départemens de l'ouest, dans le service médical dont j'ai été chargé depuis le mois de novembre 1830. Je déclare ici que la reprise des mêmes expériences dans ses infirmeries avait pour but d'obtenir les vérifications nécroscopiques qui m'avaient manqué, et qu'elles m'ont en outre montré l'insuffisance de tout traitement local par le chlore, dans la plupart des cas d'affections tuberculeuses des poumons, et dans ceux où, depuis, j'ai voulu encore y avoir recours.

Une prétendue phthisie que je crois avoir guérie par l'emploi du même moyen, me fit soupçonner, dès 1829, que, s'il échouait dans cette maladie, il pouvait réussir dans le catarrhe chronique. En conséquence, je le prescrivis dans ces cas, et j'ai eu depuis à m'applaudir de mes essais. Voici ce fait :

OBS. VIII. — M. D..., âgé de 36 ans, d'une taille

élevée, d'une structure grêle, ayant le col assez long, la poitrine peu large, d'un tempérament nerveux, très-irritable, avait toujours joui d'une bonne santé; bien que sa jeunesse eût été orageuse, et que des excès dans tous les genres en eussent été la conséquence. Il avait contracté, deux ans avant, une affection syphilitique qui, négligée par suite des voyages continuels auxquels l'obligeait le genre de commerce auquel il se livrait, était devenue constitutionnelle, s'était accompagnée de symptômes extrêmement graves, toutes les membranes muqueuses étant devenues successivement malades. Un traitement mercuriel fut commencé, et malgré qu'on le continuât avec régularité, les symptômes ne cédèrent que très-lentement et difficilement à son action. Cependant à cet état fâcheux se joignirent les peines morales les plus vives. Le malade était à la veille de se marier, et voyait approcher l'époque assignée par sa famille pour la célébration nuptiale, sans que la guérison marchât au gré de ses désirs. M. B.... était en proie à une tristesse et à un découragement tels, qu'il lui semblait impossible de pouvoir jamais guérir. Néanmoins malgré une petite toux sèche qui ne fixa pas alors l'attention, la plupart des symptômes vénériens disparurent, et il put se marier au commencement de l'année 1828.

La santé générale, depuis cette époque, sembla décliner; les ulcérations de la gorge, quoiqu'à-peu-près cicatrisées, avaient laissé la partie gonflée et atteinte de phlegmasie chronique avec érosion de la membrane muqueuse qui recouvre les amygdales; phlegmasie qui s'exaspérait sous l'influence du moindre refroidissement.

La toux continua avec une expectoration muqueuse et des sueurs erratiques la nuit. Les forces diminuaient, la respiration était courte et gênée au moindre exercice. La poitrine, examinée le 11 août 1829, résonnait assez également. Le stéthoscope laissait assez bien entendre la respiration dans l'un et l'autre côtés. Je trouvai une *pectorilo-*

quie douteuse vis-à-vis la fosse sus-épineuse de l'omoplate droite. Un vésicatoire fut appliqué à un bras, les gargarismes adoucissans continués, et M. B...., d'après mon conseil, fut habiter les bords de la mer. Il y séjourna pendant quelque temps; mais la saison devenant plus froide, et les côtes de la Bretagne étant habituellement battues par des vents d'ouest et de nord-ouest toujours accompagnés de pluie, le malade revint à Rennes, et consentit à s'enfermer plusieurs heures par jour dans des ateliers de blanchisseuses, pour y respirer les vapeurs du chlore qu'on y employait.

La toux et l'expectoration de crachats muqueux restèrent les mêmes. Le moindre exercice essoufflait tellement, que les courses ne pouvaient plus être faites qu'en cabriolet. Le sommeil était assez bon, mais accompagné de sueurs. L'appétit se soutenait, l'amaigrissement était lent. Le malade commença les aspirations de chlore le 27 octobre, et les continua tout le mois.

5 novembre. Le mal de gorge était de beaucoup moindre, la toux moins fréquente, le sommeil excellent; l'abondante transpiration nocturne avait cessé, ainsi que les douleurs de poitrine. Le malade avait plus d'appétit et de gaîté, et recommença à faire ses courses à pied.

Le 20 janvier 1830 il ne toussait plus. Il avait repris ses occupations, et la guérison était complète.

Quatre mois après, M. B.... succomba à une gastrite sur-aiguë compliquée de céphalite, occasionnées par les prises multipliées du vomi-purgatif Leroy. A l'autopsie du cadavre, les poumons furent trouvés sains, à l'exception d'une dilatation des bronches à la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit, ce qui explique parfaitement comment la résonnance de la voix avait fait croire à une pectoriloquie douteuse.

Obs. IX.e Perrine J***, âgée de 28 ans, fut mariée à un homme âgé dont elle n'eut point d'enfant. Elle avait perdu

successivement sa mère, ses frères, et une sœur par la phthisie pulmonaire; elle même avait eu plusieurs hémoptysies, et toussait depuis cinq à six mois. Soumise à mon examen le 7 novembre 1829, je remarquai peu d'amaigrissement; le visage était coloré, la poitrine large et bien conformée, la langue rouge et piquetée à la pointe, l'épigastre sensible à la pression. Il existait de la constipation et des nausées. La malade se plaignait en outre d'un sentiment de gonflement après avoir mangé, d'éructations, peu d'appétit, en un mot de tout ce qui indique une phlegmasie de l'estomac. La toux était fréquente, l'expectoration muqueuse, la menstruation régulière, il y avait des sueurs la nuit.

La poitrine résonnait partout très-bien; le bruit respiratoire écouté à travers le stéthoscope était un peu moins distinct vers le sommet du poumon droit, où la voix avait une résonnance particulière. Le cœur était dans l'état naturel.

Toutes les apparences de force et de santé éloignaient l'idée de phthisie pulmonaire, malgré les antécédens précités et les crachemens de sang éprouvés autrefois par la malade, qui dépendirent probablement d'une déviation menstruelle. En conséquence, je diagnostiquai, malgré que je n'eusse pas perçu de râle muqueux, *bronchite chronique et légère phlegmasie de l'estomac.* (Eau gommeuse, cataplasmes émolliens sur l'épigastre, pédiluves sinapisés, aspiration d'eau chlorée à 10 gouttes, quatre fois le jour).

La malade les continua à 25 et 30 gouttes jusqu'au 20 novembre, qu'elle fut obligée de les suspendre. Elle les reprit vers la fin du mois, à 10 et 15 gouttes qu'elle ne dépassa plus.

Le 23 décembre, l'embonpoint était entièrement revenu. Perrine J*** était guérie, avait repris les occupations de son ménage.

Obs X.[e] Courteil, détenu, âgé de 30 ans, était atteint

d'une bronchite chronique depuis plus de cinq mois, lorsqu'il entra le 16 avril 1831 à l'infirmerie. Il toussait fréquemment, expectorait des crachats visqueux, blanchâtres, très-abondans, était le plus souvent oppressé. L'auscultation médiate faisait reconnaître les signes ordinaires au catarrhe muqueux. Il commença les aspirations de chlore à dix gouttes le 18 avril; il les augmenta progressivement jusqu'à 60, quatre fois le jour. L'expectoration et la toux diminuèrent peu à peu, et enfin il sortit le 12 mai complètement guéri.

J'aurais pu multiplier les citations si ce travail n'était déjà trop long, et si son but était de démontrer l'utilité de la médication chloreuse dans les catarrhes chroniques. Qu'il me suffise d'affirmer que, depuis huit à dix mois que j'y ai recours dans les infirmeries de la maison centrale de détention de la ville de Rennes, où ce genre d'affection est endémique, à cause de la position topographique si malsaine de cet établissement, et de la construction vicieuse des ateliers, j'en ai obtenu les résultats les plus heureux.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. Chassaignac, Secrétaire.

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 2.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique.

Anomalie de l'artère brachiale. — Luxation du cinquième doigt. — tumeur blanche du coude avec décollement des épiphyses. — Ramollissement et sécabilité de la totalité du tissu osseux. — Destruction du col des deux fémurs. — Ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale. — Exostoses extérieure et intrà-médullaire des tibias. — Ostéo-sarcome des os de l'épaule. — Anévrysme variqueux et varices anévrysmales des veines du bras. — Spina-bifida. — Apoplexie de la protubérance avec épanchement sanguin dans la cavité rachidienne. — Tumeur encéphaloïde dans le cerveau chez un enfant

épileptique. — Tumeur fongueuse de la dure-mère perforant la lame criblée de l'ethmoïde, et simulant un polype des fosses nasales. — Tumeur du cervelet contenant de la matière micacée. — — Communications sur l'autopsie du docteur Bennati. — Réflexions sur le bruit de frottement dans la péricardite. — Mélanose tangentielle de la muqueuse gastrique. — Tumeurs encéphaloïdes de l'estomac. — Hypertrophie de la membrane musculeuse de l'estomac avec rétrécissement du pylore par suite d'empoisonnement. — Hernie étranglée avec gangrène de l'intestin. — Anomalies des valvules conniventes. — Détermination de la longueur de l'intestin grêle. — Mélanose des villosités. — Calcul hépatique d'un blanc éclatant. — Cancer du foie. — Gangrène d'un polype utérin déterminant la rupture de l'utérus par gangrène dans la cavité péritonéale. — Cancer du col de l'utérus. — Abcès enkysté dans la cavité utérine avec oblitération de l'orifice utérin.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier présente une branche artérielle mince et très-longue établissant une communication entre la partie supérieure de l'humérale et la cubitale. Cette disposition anatomique, qui représente une anomalie très-connue dans laquelle l'artère humérale se divise prématurément, peut, suivant la remarque de M. Cruveilhier, être considérée comme une anomalie d'une anomalie.

M. Grisolles présente une luxation en avant de la première phalange du cinquième doigt sur le métacarpien correspondant. Les renseignemens antérieurs manquent au sujet de cette luxation, que plusieurs membres considèrent comme étant un résultat de la déformation des surfaces articulaires par suite d'une affection arthritique.

M. Defrance présente une tumeur blanche de l'articulation du coude, chez une fille de seize ans à qui M. Roux a pratiqué l'amputation du bras. On trouve au milieu du foyer que présente cette tumeur en pleine suppuration, des parcelles osseuses complètement isolées et flottantes. L'une d'elle est formée par l'espèce de cupule épiphysaire dont l'extrémité supérieure du radius est recouverte. La tumeur, dont l'origine remonte à huit ans environ, a donc été une cause de retard dans la soudure de l'épiphyse supérieure qui se réunit d'ordinaire vers la douzième année.

M. Roberti, candidat pour une place d'adjoint, présente un ramollissement des os observé chez une femme qui a présenté des symptômes de paraplégie et une escarre gangréneuse au sacrum. L'examen du squelette a montré dans la totalité des os un état de ramollissement tel qu'ils se courbaient avec une grande facilité, se fracturaient par de légers efforts et pouvaient être divisés par l'in-

strument tranchant avec la même facilité qu'un cartilage, ainsi qu'on a pu le constater en enlevant la voûte du crâne avec le seul secours du scalpel. Dans la cavité médullaire des os longs dont les parois sont très-amincies, on trouve une matière pulpeuse, molle, rougeâtre, dans laquelle on a cru apercevoir quelques linéamens de matière purulente. Du reste, le tissu osseux, ainsi que la membrane médullaire, présentaient une vascularité remarquable. Le col des fémurs avait complètement disparu, et la tête de l'os était appliquée contre le grand trochanter sur lequel elle était mobile, M. Roberti fait remarquer que la prétendue paraplégie, dont cette femme avait paru atteinte et qu'on avait cru liée à l'escharre du sacrum, n'avait sans doute pas d'autre cause que cet état de destruction du col des fémurs.

Un jour avant la mort la malade se fractura la cuisse. Elle ne présentait aucun amaigrissement, l'examen de tous les organes n'a fait reconnaître aucune trace d'affection cancéreuse et même aucune autre lésion appréciable. Quelques végétations syphilitiques existaient dans le vagin.

M. Rufz présente un cas d'ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale. Dans cette ankylose, qui paraît avoir eu pour origine une chute sur le grand trochanter, la croûte compacte articulaire du fond de la cavité cotyloïde et celle de la tête du fémur ont été totalement détruites, et le tissu spongieux des deux os communique sans aucune ligne de démarcation.

Sur un des tibias du même sujet, M. Rufz a trouvé une exostose large ayant deux lignes d'épaisseur, et siégeant à la partie inférieure et interne de l'os.

Sur le tibia du côté opposé il montre une exostose, faisant un relief de plus d'un demi-pouce dans l'intérieur du canal médullaire ; aucune saillie extérieure ne correspondait à cette exostose qui a le volume d'une moitié de petite noix.

M. Fourcade présente l'humérus, l'omoplate et la clavicule d'un sujet qui a succombé par suite d'une tumeur cancéreuse de l'épaule. Les os présentés par M. Fourcade sont recouverts de végétations stalactiformes irrégulières ; la tête de l'humérus, d'un volume double de celui qui est naturel, est séparée des os. M. A. Bérard élève des doutes sur l'état sarcomateux de ces os qui sont présentés comme tels par M. Fourcade. Celui-ci persiste dans son opinion, se fondant sur ce qu'au milieu des parties molles, on trouvait des lames éparses de matière osseuse semées dans la masse commune.

M. Ponydebat présente un cas de varices anévrysmales des veines de l'avant-bras, pour lequel M. Roux a été obligé de recourir à l'amputation du bras, par suite des accidens qui ont succédé à l'application de plusieurs ligatures. Voici l'état de la pièce anatomique ; une communication existe entre l'artère brachiale près de sa terminaison et

les veines profondes de l'avant-bras cette communication a lieu par un canal d'environ un pouce de longueur qui se continue en haut avec la veine brachiale profonde. La basilique médiane, sur laquelle avait été pratiquée la saignée qui a été l'origine de cette affection, n'existe plus sur la pièce anatomique: le tronc même de la basilique se termine, à deux ou trois pouces au-dessus du niveau du pli du bras, par une extrémité frangée, inégale, comme déchirée, et on ne peut reconnaître de quelle manière ce tronc de la basilique se continuait à l'avant-bras. M. Maisonneuve fait remarquer qu'au niveau du lieu où existe la communication de l'artère et de la veine brachiale profonde, on voit un lambeau de veine détaché, qui se continuait probablement avec la basilique.

A un pouce au-dessus de la communication veineuse l'artère est comprise dans une ligature qui renferme le nerf médian.

A trois pouces au-dessus de celle-ci est placée une seconde ligature.

Voici quels sont les renseignemens fournis par M. Pouydebat au sujet de cette pièce anatomique. Une femme, à la suite d'une saignée malheureuse, voit se développer au pli du bras un anévrysme variqueux du volume d'une aveline. M. Roux applique une ligature au-dessus de la tumeur: disparition de la tumeur, mais persistance de varices anévrysmales.

Un an après, nouvelle application de ligature dans le but de saisir l'artère au-dessous de la tumeur et de la comprendre ainsi entre l'ancienne ligature et une nouvelle. Dans cette opération les difficultés qui se présentent font méconnaître le siége précis de la communication veineuse, et la ligature est appliquée au-dessus de la tumeur et très-près d'elle. C'est la ligature que nous avons indiquée comme comprenant le nerf médian. Persistance des varices anévrysmales et du bruissement artériel dans les veines.

Nouvelle ligature à trois pouces au-dessus de la première. Hémorrhagie 36 heures après la ligature. — Amputation.

M. A. Bérard fait remarquer, au sujet de cette observation, que la méthode de Hunter, comme moyen de guérison des anévrysmes variqueux, est défectueuse, en ce qu'elle permet au sang artériel de revenir dans l'artère par la partie du vaisseau qui est placée au-dessous de la communication anormale, et que le moyen véritablement indiqué est la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur variqueuse.

M. Mavré présente à la Société un cas de spina-bifida à la région lombaire, chez un enfant qui n'a survécu que quelques jours, et qui n'a pas présenté de convulsion.

M. Hache présente un cas d'apoplexie de la protubérance observé chez un homme de 54 ans qui fut apporté à l'hôpital dans un état de

coma, et sur l'état antérieur duquel on ne possède aucun renseignement. Pendant les quelques heures qu'il a encore vécu depuis l'instant où il fut apporté, on a remarqué, eu égard à l'état de la respiration et du pouls, que celui-ci était à 100 et la respiration à 28. L'épanchement sanguin siégeait à peu de profondeur dans la protubérance; il s'était fait jour à la surface et s'était répandu dans le canal rachidien.

M. Boll présente une tumeur encéphaloïde développée dans l'épaisseur de l'hémisphère droit du cerveau, chez un enfant de douze ans. Celui-ci était épileptique; il y avait paralysie du côté droit et amaurose du même côté; il survint une amaurose au côté gauche qui disparut après une saignée. Mais bientôt les phénomènes prirent beaucoup plus d'intensité, et l'enfant mourut subitement. Quelque temps avant la mort on avait observé dans les membres des contractions partielles. La tumeur, après avoir envahi toute l'épaisseur de l'hémisphère, commençait à en atteindre la surface, et déjà des adhérences s'étaient établies entre la dure-mère et la surface de l'hémisphère dans le point le plus culminant de la tumeur. A la partie postérieure de la tumeur existait un kyste contenant à-peu-près trois onces de liquide citrin.

M. Reignier présente une tumeur développée dans la fosse moyenne droite de la base du crâne, chez une femme qui était amaurotique depuis quatre ans, et qui avait des douleurs de tête continues et une hébétude très-prononcée du regard. Cette femme ne présentait aucune paralysie la veille de sa mort; elle eut seulement un engourdissement des membres. Cette tumeur était déjà dans un état de ramollissement. Au niveau de la gouttière ethmoïdale droite est une tumeur fongueuse de la dure-mère qui, après avoir détruit la lame carrée de l'ethmoïde, s'était fait jour dans les fosses nasales. Elle avait atteint le plancher, au-dessus duquel elle était suspendue par un pédicule à la manière d'un polype. M. Cruveilhier fait remarquer à quelle erreur de diagnostic aurait pu donner lieu cette circonstance, si la malade, au cas où elle n'eût pas été plongée dans un état d'insensibilité presque complète, eût fait attention à l'existence de ce corps.

M. Pégot présente une masse tuberculeuse compacte, du volume d'une noix, trouvée dans le cervelet d'un jeune homme de 19 ans. Au milieu de cette substance, qui semble parfaitement homogène, M. Cruveilhier aperçoit de petites paillettes de matière micacée semées çà et là au milieu de la substance. On a remarqué chez le sujet sur lequel a été recueillie cette pièce, une tendance effrénée à la masturbation, et des érections presque continuelles.

M. Caffe donne quelques détails sur l'autopsie du docteur Bennati renversé par un cheval. On a rencontré des fractures multiples tant à la base qu'au sommet du crâne. Les os étaient d'une minceur, d'une

fragilité et d'une transparence remarquables. Le cerveau était dans un état d'attrition presque complète.

Au sujet de l'observation de péricardite lue par M. Maisonneuve, M. A. Bérard rappelle le signe de péricardite récemment indiqué avec soin par M. Stokes, de Dublin, et qui consiste dans un bruit de frottement.

M. Montault pense que le signe du craquement ne peut persister dès qu'il existe une certaine quantité de liquide dans le péricarde. M. Beau fait remarquer que c'est surtout au début et avant l'épanchement, quand la séreuse est sèche, comme l'ont indiqué quelques pathologistes, et notamment Marandel, qu'on doit trouver ce signe.

M. Baillarget montre, sur un estomac conservé depuis long-temps dans l'alcool, des taches irrégulières de matière noire. M. Andral pense, d'après l'examen attentif de faits analogues, que cette coloration ne se lie à aucune altération subjacente de l'estomac au-dessous des taches noires. Il démontre pour le cas actuel la vérité de cette assertion.

M. Cruveilhier a vu des cas de coloration noire dans lesquels il y avait érosion de l'estomac dans le champ de la tache, et dans lesquels la coloration, au lieu d'être tangentielle, était imprégnée dans le tissu même de l'estomac.

M. Vernois présente un estomac à la surface interne duquel existent deux tumeurs de nature cancéreuse; l'une d'elles est à l'état d'ulcération et de ramollissement, l'autre est encore à l'état de crudité. — Il présente un autre estomac dont la membrane musculeuse est dans un état d'hypertrophie très-prononcé, spécialement aux approches du pylore, où l'orifice de l'estomac est tellement rétréci, qu'on peut à peine y introduire un stylet. — Les renseignemens communiqués par M. Vernois apprennent que le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, présentait depuis plusieurs années les symptômes d'une gastrite chronique qui avait suivi l'ingestion d'une certaine quantité d'acide nitrique, et qui depuis peu avait fait place à des symptômes de gastrite aiguë.

M. Després montre une pièce anatomique ayant pour sujet une hernie étranglée chez une femme qui, le sixième jour après l'étranglement, a été soumise à des tentatives de réduction qui ont été impuissantes, puis à l'opération. Cette hernie, prise d'abord pour une hernie inguinale, et opérée comme telle, est une hernie crurale dans laquelle il y a eu perforation de l'intestin par gangrène. Un cordon volumineux placé sur la partie interne de l'ouverture abdominale de la hernie, paraissait d'abord formé par l'artère épigastrique provenant de l'obturatrice; mais sur la remarque de M. Bérard, on reconnaît que ce cordon n'est autre chose que l'artère ombilicale; tandis que l'épigastrique siège au côté externe de l'anneau.

Au sujet des valvules conniventes trouvées par M. Maisonneuve jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle, M. Beau communique à la Société un cas dans lequel il a rencontré cette disposition coïncidant avec une diminution de longueur de l'intestin grêle qui n'avait que huit pieds et demi. M. Cruveilhier, qui a fait faire à la Salpétrière de nombreuses mensurations comparées du tube intestinal, a rencontré un cas dans lequel l'intestin grêle n avait que sept pieds et demi. Il établit comme limites extrêmes de la longueur du canal intestinal, sept pieds et demi pour la limite de minimum, et vingt-un pieds pour celle de maximum.

M. Baillarget présente un cas de mélanose des villosités. La surface de l'intestin grêle offre çà et là des espaces de quelques pouces d'étendue, dans lesquels la muqueuse offre un pointillé noir très-fin produit par la coloration en noir de l'extrémité des villosités.

M. Vernois présente un foie recueilli chez une femme qui, après 15 années d'une ascite, a été soumise deux fois à la ponction et a succombé après la deuxième. Le foie, revenu sur lui-même, présente à peine le tiers du volume habituel, est enveloppé de fausses membranes très-épaisses, dans lesquelles son tissu est comme condensé. Dans la vésicule du fiel, dont le col est oblitéré par un petit calcul blanchâtre et légèrement coloré en vert du côté du canal cystique, on trouve un second calcul de forme cylindrique, d'une blancheur éclatante.

M. Pegot présente un cancer du foie avec communication dans le duodénum : une caverne vaste et anfractueuse servait en quelque sorte de diverticulum à cet intestin ; elle était disposée de manière à ce que les matières contenues dans le duodénum devaient passer par cette excavation creusée dans le tissu du foie. Cette pièce a été recueillie chez une femme dont la mère et la sœur avaient succombé à des cancers de l'estomac.

M. Fourcade présente, de la part de M. le docteur Viardin, de Troyes, un cas de sphacèle de l'utérus chez une femme qui avait offert, pendant la vie, des symptômes qui furent attribués à la présence d'une môle. M. Cruveilhier constate, à l'examen de la pièce, qu'il s'agit d'un polype volumineux atteint de gangrène par suite de laquelle le tissu de l'utérus sphacélé lui-même est devenu le siége d'une perforation du côté de la cavité péritonéale. Des renseignemens ultérieurs fournis par M. Viardin apprennent que la femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était âgée de 32 ans, mère de deux enfans, affectée depuis environ 18 mois de métrorrhagies qui se renouvelaient assez régulièrement à chaque époque menstruelle, et s'accompagnaient de douleurs abdominales extrêmement vives ; que chez elle on avait constaté depuis 6 mois un accroissement de vo-

lame de l'utérus et un développement assez marqué des seins; que les hémorrhagies s'étaient converties en un écoulement leucorrhoïque presque continuel.

Un mois avant la mort il était survenu une diarrhée abondante avec douleurs très-vives dans la région hypogastrique. Ces douleurs étaient comparées par la malade à celles de l'enfantement.

Huit jours avant la mort, l'orifice uterin s'était ouvert et laissait sentir un corps mou, frangé, laissant écouler une matière fétide et des lambeaux d'un tissu sphacélé. Des tentatives de dilatation du col de l'utérus au moyen d'une éponge ont été faites, ainsi que des injections avec une solution étendue de chlorure de soude. Pendant une de ces injections, qui jusque-là n'avaient pas été douloureuses, la malade se plaignit d'une douleur vive et toute nouvelle qui s'accompagna tout-à-coup d'une tension considérable et d'une grande sensibilité jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu au bout de 24 heures.

M. Denonvilliers présente un col utérin cancéreux dont l'ablation a été faite par M. Lisfranc. Cette opération a eu ceci de particulier qu'il s'est écoulé 20 à 25 minutes avant que l'utérus ait été suffisamment abaissé pour opérer la section du col. Il y a eu deux hémorrhagies. La malade est très-bien au moment où M. Denonvilliers présente la pièce.

M. Husson présente un cas d'abcès enkysté dans la cavité utérine; il y a oblitération du col. La matrice dilatée contenait deux verres environ de pus. Cette maladie n'avait donné lieu pendant la vie à aucun symptôme ou du moins n'avait pas été soupçonnée. M. Maisonneuve dit avoir observé un cas semblable en faisant l'autopsie d'une femme qui avait succombé pendant le choléra.

M. Reignier a rencontré à la Salpétrière plusieurs cas semblables, mais chez quelques-unes des femmes qui ont présenté cette lésion, il y avait eu des douleurs vives et comme expultrices dans la région hypogastrique.

Observation de tubercules de la moelle épinière, présentée par M. Eager, *interne à l'hôpital des Enfans-Malades.*

La nommée Briard (Jeanne), âgée de 13 ans, demeurant rue Saint-Denis, en apprentissage chez un fabricant de fleurs artificielles, entra à l'hôpital des Enfans le 20 février 1833. Ses parens disent que ses facultés intellectuelles étaient très-développées avant sa maladie; elle était d'une disposition très-irascible. Elle n'est pas réglée et jouissait

habituellement d'une très-bonne santé. Il y a un an que la maladie actuelle a débuté par une douleur bornée à la partie latérale gauche de la tête; cette douleur est survenue sans cause connue, et a persisté sans intermission pendant quatre mois, sans trouble des facultés intellectuelles, ni avant ni depuis son apparition. Huit ou dix jours après l'invasion de cette céphalalgie, on remarqua chez elle un embarras dans l'articulation des mots, une espèce de balbutiement très-prononcé qui n'existait pas avant. On a aussi observé une déviation de la langue vers le côté gauche. Environ trois semaines après, la malade a senti pour la première fois la douleur s'étendre vers la partie supérieure du cou, et bientôt une faiblesse s'est déclarée dans le bras et dans l'extrémité inférieure droite, faiblesse précédée de quelques mouvemens saccadés de ces membres et qui se termina, douze jours après, par une paralysie complète de ces mêmes membres. La sensibilité, quoique plus obtuse que du côté opposé, n'était pas considérablement diminuée. Je n'ai pu vérifier si cette sensibilité fut exaltée avant l'invasion de la paralysie incomplète. La malade se plaignait de fourmillement et d'une sensation de chaleur brûlante aux extrémités supérieure et inférieure droites; le moindre mouvement qu'on imprimait à ces membres lui faisait pousser les hauts cris. Elle a été obligée de rester au lit les trois premiers mois; ensuite la douleur de tête étant devenue à-peu-près périodique, et les membres ayant repris quelque force, elle marchait un peu à l'aide d'une canne, traînant toujours la jambe droite, et remuant le bras droit avec peine. Il y a six mois, pour la première fois, se sont déclarées de la toux, d'abord sèche, de la dyspnée; quatre semaines après, toux plus grasse, crachats abondans, et diarrhée parfois; la toux n'a pas cessé depuis. Le 1er mars, céphalalgie latérale gauche revenant périodiquement, facultés intellectuelles plus obtuses peut-être que dans l'état normal, pas de délire, yeux très-lourds, quoique non injectés; figure évi-

demment tirée vers le côté gauche ; paupière droite plus basse que la gauche, aile du nez du côté droit presque immobile, ainsi que les muscles du côté droit de la face ; la sensibilité est aussi diminuée de ce côté ; langue déviée du côté gauche ; douleur très-forte dans la région du cou, contracture ou roideur permanente des muscles du cou du côté droit, facile à surmonter pourtant : il en était de même du bras et de l'extrémité inférieure droite. Sensibilité considérablement diminuée de ce côté, ainsi que le mouvement, quoiqu'il ne soit pas entièrement aboli ; le mouvement communiqué est accompagné de beaucoup de douleur. La malade se plaignait d'une chaleur âcre avec fourmillemens, qui s'étendait depuis le cou et le bras droit jusqu'à la plante du pied de ce côté. Décubitus constamment dorsal. Percussion de la poitrine donnant un son mat dans les régions sus et sous-claviculaire ; respiration caverneuse avec gargouillement des deux côtés au niveau des clavicules, tubaire sous les aisselles, mêlée de râle sibilant dans toute l'étendue du thorax. Toux très fréquente, crachats compacts, pouls petit, régulier ; langue naturelle, épanouie ; soif vive ; pas de douleur épigastrique ; légère douleur à la pression, à l'ombilic et dans les régions iliaques ; selles abondantes et fréquentes, mais volontaires : il en est de même de l'excrétion de l'urine ; chaleur de la peau à-peu-près naturelle.

Cet état a persisté jusqu'au 8 mars, si ce n'est qu'il y avait beaucoup de fièvre le soir. Le 8 mars dans la nuit il est survenu une anxiété très-grande, avec douleur forte accompagnée d'un vomissement après l'ingestion d'une boisson froide. Le lendemain nous avons trouvé le ventre météorisé, douloureux à la pression : anxiété très-grande des traits ; diarrhée persistante, selles involontaires ; pouls fréquent, très-dur ; respiration irrégulière et saccadée ; beaucoup de râle sonore et sibilant des deux côtés de la poitrine. Le 9 mars, ventre plus souple, moins douloureux, dyspnée et toux comme la veille, pouls filiforme. Les efforts faits

pour remuer la jambe et le bras droits occasionent beaucoup de douleur. Le soir, exaspération de tous les symptômes; orthopnée, sueurs froides, selles involontaires, pouls insensible. Mort à 1 heure du matin.

Autopsie 21 heures après la mort. — *Cerveau.* Sa surface externe et supérieure est très-injectée ; infiltration prononcée du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance des deux hémisphères est saine. L'arachnoïde paraît dans quelques endroits opaque et épaissie entre les circonvolutions. *Cervelet*, d'une couleur et d'une consistance naturelles.

Rachis. La surface externe de la dure-mère présente son aspect et sa coloration normale. A deux pouces quatre lignes au-dessous du sillon qui sépare la protubérance annulaire de la moelle, celle-ci était évidemment ramollie dans l'étendue d'un pouce et demi, légèrement rose et s'en allant en bouillie sous un filet d'eau. Au milieu de ce tissu ramolli étaient deux corps distincts : l'un arrondi, jaune, verdâtre, résistant au toucher, et gros comme une aveline. Lorsqu'on l'eut incisé par le milieu, on vit que la surface de la coupe était jaune, verdâtre, légèrement grenue, homogène, sans couche concentrique, sans organisation appréciable, présentant six lignes de haut en bas, et quatre en largeur ; l'autre, offrant le même aspect, mais ayant une forme alongée, applatie, était placé à côté du précédent. Ces deux petits corps avaient l'aspect tuberculeux ; ils étaient situés plus près de la face postérieure que de l'antérieure. La dure-mère vers la face postérieure leur était adhérente; par sa partie antérieure cette membrane n'adhérait point aux tubercules, il y avait même de la substance blanche conservée entre elle et les tumeurs. Au-dessus et au-dessous du lieu de la lésion, la moelle conservait son volume, sa consistance et sa conformation ordinaires.

Poitrine : du côté droit, fausses membranes récentes unissant, quoique faiblement, la plèvre costale à la plèvre pul-

monaire; épanchement d'environ 14 onces d'un liquide séro-purulent, sans odeur remarquable, dans la cavité droite de la poitrine; poumon droit contenant à son sommet une dépression qui correspondait à une caverne. Dans le reste de son étendue existaient des masses tuberculeuses isolées, encore dures. Du côté gauche existent des tubercules volumineux autour d'une caverne de petite dimension. Cœur un peu flasque, contenant dans le ventricule droit et l'oreillette du même côté un caillot fibrineux. Environ 3 onces de sérosité citrine dans le péricarde; pas d'adhérences.

Abdomen. Le péritoine est humecté par une grande quantité de sérosité; la surface externe de l'intestin grêle présente des arborisations vasculaires très-prononcées.

L'estomac, d'un volume ordinaire, a un aspect mamelonné dans une étendue de 4 ou 5 pouces vers la grande courbure. La muqueuse, extrêmement pâle partout, est tellement ramollie qu'il est impossible d'obtenir nulle part un lambeau d'une demi-ligne, si ce n'est vers l'extrémité pylorique; mais il n'y a ni injection, ni ulcération. Les deux-tiers supérieurs de l'intestin grêle ne présentent que de petits tubercules sous-muqueux, épars, sans injection au pourtour. Vers le tiers inférieur de l'iléon on remarque des plaques rouges, injectées, et quelques petites ulcérations éparses. Dans le voisinage de ces plaques la muqueuse est d'une mollesse extrême. Le cœcum est criblé d'ulcérations. La muqueuse a tout-à-fait disparu dans plusieurs endroits, notamment au cœcum, dans l'étendue d'un pouce; dans les points où elle existe encore, elle est très-épaissie et ramollie. Dans le colon, même altération.

Le foie est d'un volume naturel; les reins, la vessie, et l'utérus sont sains.

Rapport sur l'observation précédente ; par M. Rufz, *interne à l'hôpital des Enfans-Malades.*

L'observation que vous a présentée M. Eager est remarquable par la soin exact avec lequel il a noté les symptômes observés pendant la vie. Ce n'est pas la première fois que des tubercules ont été trouvés dans la moelle épinière ; j'en ai compté quinze observations, soit dans l'ouvrage de MM. Ollivier et Gendrin, soit dans quelques thèses inaugurales. De toutes ces observations, celle que vous présente M. Eager est, sans contredit, la plus complète. Dans les unes la présence des tubercules est simplement indiquée ; dans les autres ce sont les symptômes qui manquent. Rapprochée des quinze observations qui sont à ma connaissance, celle de M. Eager en confirme les principaux résultats.

1.° Ces tubercules se sont trouvés plus souvent dans l'enfance que dans les autres âges. Le sujet de l'observation de M. Eager n'avait que treize ans. Je dois dire cependant que, parmi les quinze cas précités, il en est un dont le sujet est un vieillard de 60 ans passés.

2.° Ces tubercules ont été trouvés plus souvent dans la région cervicale que dans les autres ; c'était au niveau de la quatrième vertèbre cervicale qu'existait le tubercule décrit par M. Eager. Cependant, dans une thèse, j'ai trouvé mentionnée l'existence d'un tubercule dans le renflement inférieur de la moelle.

L'état de la motilité des membres paraît être jusqu'à présent un thermomètre si sûr et si sensible de l'état des centres nerveux, que nous pouvons nous en servir pour apprécier la marche de la maladie.

Ainsi la maladie datant d'une année, nous pouvons tenir pour assuré qu'auparavant la moelle était parfaitement saine, et qu'il a fallu une année pour développer dans sa

substance deux tubercules de la grosseur de ceux dont il est ici question. Mais la paralysie n'étant complète que depuis huit mois, pendant les quatre mois qui précèdent existait-il seulement un travail préliminaire pouvant irriter la moelle, mais sans produire de tubercule ? ou bien enfin la paralysie n'est-elle survenue que lorsque le tubercule a été assez volumineux pour comprimer la moelle dans une assez grande étendue, ou bien enfin la paralysie tenait-elle au ramollissement circonvoisin plutôt qu'au tubercule même? Nous ne trouvons, dans l'observation de M. Eager, aucune circonstance qui puisse nous décider en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions.

Par sa position, le tubercule comprimait également les racines antérieures des nerfs naissant au niveau de son siège, autant que les racines postérieures, et cependant la motilité était plus altérée que la sensibilité.

Observation de péricardite; par M. Maisonneuve, *interne de la Pitié.*

Bouleau, tailleur, âgé de 17 ans, d'une constitution délicate, fut pris le 22 décembre 1833, d'une courbature générale, accompagnée de céphalalgie, de dévoiement et d'un peu de toux. Lors de son entrée à l'hôpital, ces symptômes, joints à un air de stupeur assez prononcé, firent craindre une fièvre entéro-mésentérique. Il y avait aussi quelques palpitations, un peu de douleur à la région précordiale, le pouls avait de la fréquence; mais ces symptômes, peu prononcés du reste, furent négligés ou regardés comme dépendant de l'affection typhoïde présumée. Le thorax résonnait bien. Il n'y avait qu'un peu de râle muqueux. On se contenta de prescrire des boissons émollientes, quelques lavemens laudanisés, des cataplasmes

sur l'abdomen, et une application de 15 sangsues à l'épigastre.

Dix jours se passèrent ainsi sans que les symptômes de la fièvre entéro-mésentérique prissent un caractère plus prononcé ; les symptômes thoraciques, au contraire, qu'on avait jusques-là peu remarqués, prirent un développement considérable.

Le 7 janvier, la douleur précordiale était telle, que la percussion la plus légère était insupportable, les palpitations revenaient tous les soirs par accès. C'était même ce symptôme qui gênait le plus le malade, et contre lequel il demandait le plus instamment un remède. Le pouls fréquent (120) et serré ne présentait aucune irrégularité. Un vésicatoire fut appliqué à la région précordiale.

Le 9 janvier, en examinant avec soin le thorax, on constata une matité assez évidente dans presque toute la partie postérieure des deux côtés ; on entendait la respiration tubaire, et une égophonie des mieux caractérisées. Les battemens du cœur donnaient une impulsion forte, mais un bruit obscur ; un bruit de soufflet s'entendait entre les 6e et 7e côtes. La région précordiale était douloureuse, au point que la moindre pression était insupportable. On crut devoir s'abstenir de la percussion.

Le malade ne pouvait rester couché que sur le dos, ou légèrement incliné sur le côté droit, la tête et la poitrine élevées. La physionomie, toujours sérieuse, exprimait l'anxiété ; la respiration était courte et fréquente, la toux pénible, surtout le soir, et presque sans expectoration ; le pouls était précipité, la langue humide et nette ; le malade avait des nausées fréquentes, souvent des vomituritions et toujours un peu de dévoiement.

Cependant la maladie marchait : les palpitations devenaient plus fréquentes et plus pénibles, les battemens du cœur se faisaient apercevoir jusqu'à la région épigastrique. Les forces s'affaiblissaient ; le décubitus sur le dos avait donné

lieu à des escarres au sacrum. De plus, il se manifesta dans les deux poumons quelques points pneumoniques, caractérisés par des crachats rouillés, du râle crépitant au commencement du poumon droit et vers la partie moyenne du poumon gauche. Ces symptômes, joints à une matité très-prononcée des deux côtés du thorax, à un égophonie évidente, à une tussiculation continuelle avec exacerbation le soir, à la fréquence et à la petitesse du pouls, enfin à l'amaigrissement progressif, firent croire à l'existence de tubercules : il n'y avait cependant pas de sueurs.

Trois cautères furent appliqués au-dessous du sein gauche ; quatre jours après, on passa un séton au niveau de la partie antérieure de la 6e côte. Mais la maladie fesait des progrès rapides, et le 7 février, après un violent accès de palpitation, le malade succomba vers les 10 heures du soirs.

Autopsie 40 heures après la mort. — La cavité des plèvres contient de l'un et l'autre côté environ une pinte de sérosité citrine, sans flocons albumineux, sans fausses membranes, ni aucune altération locale appréciable du tissu séreux. Le poumon droit présente un engouement très-prononcé, mais sans hépatisation à la partie supérieure.

Le poumon gauche est hépatisé dans toute sa partie moyenne. La portion malade ne surnage pas dans l'eau. Le cœur, vu à travers le péricarde, paraît très-volumineux, le péricarde adhère partout à la surface du cœur au moyen de fausses membranes de formation récente, et cependant assez bien organisées. Ces fausses membranes, plus épaisses à la face inférieure, se divisent en deux couches bien distinctes. L'une, profonde, intimement unie au cœur, varie dans son épaisseur. Son aspect est gélatineux, transparent ; mais elle offre une résistance remarquable, et ne peut être déchirée par un effort même très-considérable : examinée avec soin, elle m'a paru formée de fibres très-multipliées, perpendiculaires à la surface du

cœur, parallèles entre elles ; entremêlées de nombreux vaisseaux capillaires, et imbibées d'un liquide gélatiniforme. La deuxième couche, plus superficielle, d'une épaisseur qui varie entre 4 lignes et une ligne, adhère intimement à la première dont elle diffère sous tous les rapports : elle est molle, friable, d'un blanc sale, d'un aspect très-analogue à celui des caillots stratifiés des anévrysmes. Cette ressemblance est même rendue plus grande encore par une coloration rouge qu'elle revêt en plusieurs endroits.

Au dessous de ces couches morbides, le tissu du cœur ne paraît aucunement altéré : son volume, qui paraissait énorme, n'est guères supérieur au volume normal.

Les viscères abdominaux ne présentent presqu'aucune altération ; on aperçoit seulement dans le jéjunum quelques follicules de Brunner assez développés ; du reste, il n'y a rien de remarquable.

Sous le rapport des symptômes, cette observation nous présente plusieurs choses à remarquer. Les uns ne pouvaient guères être rapportés qu'à la péricardite ; tels sont les palpitations, l'impulsion violente des battemens du cœur coïncidant avec l'obscurité de leur bruit, la douleur fixe et excessive de la région précordiale ; et, à cette occasion je ferai remarquer que cette douleur avait un caractère que l'on observe rarement, celui d'augmenter par la pression. MM. Chomel et Andral en effet, ne l'ont observé qu'une seule fois.

Les autres signes, bien que complétant la série des symptômes de la péricardite, pouvaient être rapportés à d'autres lésions ; je veux parler de l'orthopnée, de l'accélération du pouls, de l'anxiété. Enfin d'autres symptômes appartenant à des lésions concomitantes pouvaient donner le change : ce sont la tussiculation continuelle avec exacerbation le soir, la matité dans toute la partie postérieure des deux poumons, l'égophonie, et plus tard les crachats

rouillés et le râle crépitant au sommet des poumons ; l'amaigrissement. Si l'on joint à cela l'absence de plusieurs signes importans de la péricardite, tels que l'irrégularité du pouls, la matité du son à la région précordiale, on concevra que le diagnostic put être embarrassant.

L'examen de la pièce anatomique nous démontre un fait signalé par tous les auteurs ; c'est que les fausses membranes du péricarde envahissent le plus souvent toute la surface de la cavité. Mais elle nous a présenté plusieurs choses à noter, entr'autres l'absence complète de liquide, la disposition des fausses membranes en deux couches de densité, d'aspect et d'organisation différentes : ce qui semblerait faire croire que la maladie a eu deux périodes ; que la première avait passé le moment d'incrementum, qu'elle tendait à la guérison, quand est venue une récrudescence caractérisée par la formation de la deuxième couche, et que c'est au milieu de cette deuxième période que le malade est mort. Peut-être les cautères et le séton auront-ils été pour quelque chose dans cette recrudescence.

Extrait du rapport de M. Denonvilliers, *sur l'observation précédente.*

Les palpitations revenant par accès, la dyspnée accompagnée d'anxiété excessive, et survenue brusquement, l'impulsion violente des battemens du cœur avec obscurité des bruits, la fréquence du pouls avec ou sans irrégularités, la douleur vive et aiguë dans la région précordiale, me paraissent constituer un ensemble de symptômes caractéristiques de la péricardite aiguë. Aucun de ces symptômes ne manquait chez quatre malades que j'ai observés l'année dernière, avec M. Lerminier (1). J'ajouterai que dans un

(1) La syncope, donnée par quelques praticiens comme un symptôme propre à la péricardite, n'a existé dans ces quatre cas à aucune époque de la maladie. Le bruit de frottement sur lequel M. Stokes,

seul des quatre cas que j'ai cités, la péricardite existait seule. Dans les trois autres elle était accompagnée, comme dans l'observation de M. Maisonneuve, d'épanchement pleurétique sans inflammation, et deux fois en même temps de pneumonie lobulaire. L'ordre de succession des symptômes démontrait que l'affection de la plèvre et du poumon avait été consécutive à la péricardite. Existe-t-il entre les deux maladies une simple concomitance, ou faut-il établir entr'elles un rapport de cause à cet effet ? Je penche pour la dernière opinion. Quoi de plus conforme à l'analogie et aux idées physiologiques, que l'hydropisie d'une membrane séreuse déterminée par une maladie qui affecte l'organe central de la circulation ? C'est donc ainsi que je résumerais l'observation de M. Maisonneuve : Maladie du péricarde qui a déterminé un hydrothorax symptomatique.

Quant à la nature même de la maladie, je ne saurais voir là une péricardite ordinaire, qui a eu deux périodes à chacune desquelles a correspondu la formation d'une couche particulière de fausses membranes. J'ai fait l'ouverture du cadavre avec M. Maisonneuve, et j'ai bien constaté, comme lui, qu'il y avait deux couches de fausses membranes parfaitement distinctes ; la différence était même si tranchée, que je pensai d'abord que la couche superficielle était seule contenue dans le péricarde ; la couche profonde me paraissait avoir son siège dans le tissu intermédiaire à la membrane séreuse et aux fibres charnues du cœur, et je ne fus détrompé qu'après une dissection attentive de la

de Dublin, a fait un fort bon mémoire, n'a pas non plus été noté ; il est vrai que ces péricardites étaient caractérisées par un épanchement considérable, et que je ne faisais pas alors des signes stéthoscopiques une étude spéciale. M. Maisonneuve a noté dans son observation un bruit de soufflet entre la cinquième et la sixième côte. Or, M. Stokes admet que le bruit de frottement, résultat d'exsudation albumineuse dans le péricarde, peut revêtir cette forme. — L'observation qui nous occupe viendrait donc à l'appui des idées de M. Stokes.

membrane séreuse, que nous trouvâmes immédiatement appliquée sur le cœur. Mais, d'accord avec M. Maisonneuve sur le fait principal, je varie sur l'explication. — Les deux couches me paraissent avoir été formées simultanément et à deux reprises. Jo crois qu'il s'agit, dans le cas présent, d'une variété peu commune de la péricardite, je veux dire d'une péricardite hémorrhagique, dans laquelle l'hémorrhagie a prédominé sur l'inflammation. Les exemples de ce genre, rares déjà pour la plèvre, le sont plus encore pour le péricarde; mais leur rareté n'est pas une raison pour se refuser à les admettre quand ils se présentent. Après l'inspection attentive de la pièce, on ne pouvait pas douter que la couche superficielle ne fût un caillot sanguin semblable à ceux des anévrysmes, et formé principalement par la matière colorante du sang. — L'autre couche offrait l'aspect d'un tissu fibrineux et aréolaire enfermant dant ses mailles une matière demi-fluide et transparente : je pense qu'elle a été formée par le dépôt des portions fibrineuses et albumineuses du sang. Sa consistance était très-considérable, et c'est encore un argument en faveur de mon opinion; car Laennec a fort bien observé et mentionné dans son livre, que, dans les pleurésies hémorrhagiques, les fausses membranes acquièrent une dureté particulière et un commencement d'organisation fibreuse. Je ne sais pas sur quoi on pourrait appuyer l'idée de deux formations successives; ce n'est pas sur la marche des symptômes : serait-ce sur la différence d'aspect des deux couches? Mais toutes ces inflammations des membranes séreuses donnent lieu à deux produits différens, et pourtant sécrétés ensemble. Je ferai remarquer d'ailleurs que la couche superficielle paraît aussi ancienne que la profonde, car il faut un certain laps de temps pour que du sang déposé dans nos tissus subisse la série des transformations par lesquelles il arrive à l'état de caillots

semblables à ceux des anévrysmes. Enfin relativement à la position respective des deux couches, je demanderai à la Société la permission de lui citer un fait qui me paraît propre à éclairer la question. On ouvrit l'année dernière à l'Hôtel-Dieu le corps d'une femme qui succomba à la suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans la plèvre gauche. Des caillots noirs remplissaient la poitrine; le poumon était enveloppé d'une couche jaunâtre de quelques lignes d'épaisseur. Le départ s'était fait dans le thorax comme il se fait dans un bassin à la suite d'une saignée, entre la portion fibrineuse du sang et sa portion cruorique. L'une s'était déposée sur les organes, l'autre était demeurée dans la cavité séreuse. Plusieurs médecins témoins de l'autopsie raisonnèrent sur ce phénomène et sur les conséquences qu'on en pouvait tirer pour l'explication de la formation des fausses membranes dans les cas d'inflammation hémorrhagique des membranes séreuses. L'occasion d'appliquer ces réflexions se présente; je la saisis.

Observation de cancer de l'estomac; par M. Maisonneuve, *interne de la Pitié.*

Henriette Michaud, âgée de 43 ans, entra à l'hôpital pour une tumeur dure, peu circonscrite, mobile, placée dans l'hypochondre gauche, paraissant appartenir au grand cul-de-sac de l'estomac. Il y avait de la douleur au niveau de la tumeur, des vomissemens et de la diarrhée. Bientôt l'on vit la tumeur s'acheminer peu-à-peu vers la région épigastrique. Cette migration fit soupçonner une connexion de la tumeur avec le foie qui, hypertrophié d'abord, serait revenu graduellement à son volume normal.

Cependant les accidens augmentèrent, des vomissemens noirs parurent, le dévoiement prit un caractère grave, l'émaciation fit de rapides progrès, et le 6 février au soir, la malade expira.

Autopsie 36 heures après la mort. — Cadavre réduit au dernier degré du marasme ; le ventre est resserré, concave; on sent à travers ses parois une tumeur peu mobile, dans la région épigastrique.

L'estomac est sain dans toute la portion splénique; toute la portion pylorique, c'est-à-dire, le tiers droit de l'organe est considérablement rétréci. Ce rétrécissement n'est pas graduel, mais commence tout d'un coup sur les limites de la portion saine, et dans ce point existe un bourrelet saillant qui en impose d'abord pour le pylore. Les parois sont épaissies, dures et squirrheuses; cette dégénérescence paraît exister surtout dans la couche sous-séreuse; la membrane muqueuse, la couche qui la double, et même la membrane musculeuse, paraissent étrangères à la maladie. Aucune connexion anormale n'existe avec le foie, mais l'épiploon et le pancréas sont intimement unis à l'estomac; leur tissu celluleux est même hypertrophié, dur, et présente un commencement de dégénérescence dans les points de contact.

Le duodénum et le jéjunum paraissent sains. L'iléum, dans toute son étendue, jusqu'au cœcum, est garni de valvules conniventes d'une coloration irisée, ou mieux d'un gris mêlé de rouge et de vert; elle sont ulcérées et criblées de petites granulations. Au milieu de cette altération on observe quatre ou cinq plaques qui semblent représenter les plaques de Peyer; mais loin de se faire remarquer par leur état pathologique, elles tranchent sur le reste de l'intestin par leur couleur et leur aspect normal.

Les gros intestins ne présentent rien de remarquable. Dans le fond du petit bassin, sur la paroi postérieure de la vessie et sur le rectum, existent des plaques noires, gangréneuses, recouvertes d'une substance caséeuse : l'une d'elles a plus d'un pouce de diamètre.

L'escarre subjacente n'envahit pas toute l'épaisseur des organes sur lesquels elle se trouve, mais est bornée à la superficie.

Tremblement mercuriel, sudamina. Tumeur comprimant le cervelet ; par M. PEYROT , *interne de l'Hôtel-Dieu. Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n.° 8.*

Le 4 février 1834, est entré le nommé Paris (Pierre-Antoine), âgé de 56 ans, miroitier.

Antécédens. Il y a dix ans qu'il s'est pour la première fois livré à l'étamage. Deux ans après, il fut affecté, une première fois, d'un tremblement; depuis il en a eu deux autres, et c'est pour la quatrième fois qu'il est maintenant attaqué. Ces diverses maladies ont été traitées à l'hopital Saint-Antoine, dans le service de M. Kapeler, par des bains simples et des bains de vapeur. Après deux ou trois mois, le malade pouvait reprendre ses travaux; mais je ne sais pas si le tremblement disparaissait complètement. Dans ces attaques il n'y a eu ni délire, ni fièvre, ni prostration, et aux yeux du malade l'état actuel est beaucoup plus grave qu'il n'a jamais été précédemment

Malade de nouveau depuis les premiers jours de janvier, cet homme était resté chez lui, mais depuis huit jours il avait de la fièvre, de la faiblesse, il perdait la tête, et ses membres devenaient plus lourds; ce qui le décida à entrer à l'hôpital. Il n'a jamais eu ni coliques, ni salivation; son haleine est habituellement fétide; ses dents sont sales, mais solides. Pendant son séjour à l'hôpital il n'a jamais eu de dérangement des fonctions digestives; lors de son entrée, il n'avait point de douleur dans la poitrine; il ne toussait pas. Seulement le jour qui précéda sa mort, il crachait sur son lit du sang mêlé à une expectoration visqueuse; ce qui fit supposer le début d'une pneumonie, quoique l'auscultation ne le fit pas reconnaître, et cet examen ne fut plus renouvelé. Ce qui doit frapper surtout l'attention c'est l'état général, les mouvemens convulsifs, la diminution des mouvemens volontaires et les derniers accidens qui terminèrent sa vie.

Voici son état au 6 février : constitution de force moyenne, corps amaigri, décubitus dorsal. Les membres supérieurs pendans sur les côtés du corps ; les inférieurs alongés, comme roidis par une extension forcée. Les yeux sont sensibles, les pupilles dilatées, peu mobiles ; point de mal d'oreille, point de bourdonnemens ; point de céphalalgie.

Mouvemens convulsifs. 1.° La tête est constamment agitée d'un mouvement de rotation ; cette oscillation est constante, même lorsque la tête est appuyée contre l'oreiller ; point de tremblement dans le sens de la flexion du cou ; quelques convulsions rares dans les muscles de la face ; point de déviation de la bouche, ni de la langue ; parole embarrassée ; bredouillement ; la langue est agitée d'un tremblement continu.

2.° Les deux avant-bras éprouvent un mouvement convulsif prolongé dans tout le côté radial, et tendant à fléchir le pouce et l'index ; ce mouvement est continu.

3.° Des deux côtés la plante des pieds est tournée en dedans et en haut ; le tendon du jambier antérieur est raide et très-saillant ; cette contracture est permanente, non douloureuse.

Mouvemens volontaires. Le malade peut fléchir le cou et lever la tête ; en l'aidant on l'asseoit dans son lit et il s'y maintient. Les mouvemens de l'abdomen et ceux de la poitrine paraissent naturels.

Le bras du côté gauche ne peut être levé, l'avant-bras se remue péniblement ; la main se meut avec plus de facilité, et les doigts sont tout-à-fait mobiles. Le poignet est fléchi à angle droit sur l'avant-bras ; cette force de flexion, quoique permanente, peut être facilement surmontée. Du côté droit on observe les mêmes phénomènes, mais à un moindre degré : la main peut être portée jusqu'au menton. Dans les membres inférieurs les mouvemens sont bien conservés, mais assez lents, difficiles dans la cuisse droite.

Sensibilité. Nulle part la sensibilité n'est exaltée. Dans les membres elle est un peu plus obtuse que dans le tronc. L'extrémité inférieure droite est moins sensible que la gauche.

L'intelligence du malade est altérée ; lorsqu'on lui adresse plusieurs questions pour éclaircir un fait, il s'embrouille, et c'est ce qui a empêché de connaître le début de chacun des symptômes qu'il présente.

Le 8 février, l'intelligence est dans le même état.

Les mouvemens convulsifs de la face sont beaucoup plus fréquens ; ceux du côté radial des deux avant-bras ont presque disparu. La plante des pieds est toujours contracturée. Le tremblement de la tête et de la langue est resté le même. Le côté droit de la poitrine depuis la veille au soir est agité comme pendant un frisson.

Les mouvemens volontaires des extrémités supérieures sont plus étendus. La jambe et la cuisse gauche se remuent avec plus de facilité, mais la droite est complètement immobile et insensible.

Point de céphalalgie, sommeil d'une heure, point de délire dans la nuit; moins de faiblesse. En somme, l'état du malade paraît amélioré.

Le 11 à la visite; râle entendu à grande distance; résolution générale du corps et des membres; mouvemens d'oscillation latérale de la tête; les lèvres se ferment convulsivement; les pommettes sont fortement tirées en haut et en dehors; les ailes de nez médiocrement dilatées. Les yeux sont hagards, ils remuent à chaque instant, on dirait que le malade fait un effort pour les diriger constamment en haut et en arrière; les paupières ne se ferment presque jamais. Le malade ne répond plus, il paraît entendre encore. La poitrine est dans une oscillation continuelle. Les avant-bras sont ramenés sur l'abdomen, les poignets fléchis, les pouces dans la main, et continuellement tremblans. L'in-

sensibilité est complète. Par intervalle, le malade éprouve un mouvement général de tension, alors la tête se jette en arrière, le cou se raidit, les pupilles se cachent sous la paupière supérieure. Ces nouveaux accidens se sont manifestés dans la soirée du 10 : la religieuse de la salle dit que le malade semblait avoir une attaque d'épilepsie; de temps en temps il paraissait reprendre un peu connaissance, puis il la perdait de nouveau. Il a succombé 24 heures après le début de cet accès, râlant continuellement et dans la perte la plus absolue de connaissance pendant les 12 dernières heures.

Dans le cours de la maladie on a pu observer, sur l'abdomen, la poitrine et les membres supérieurs, une éruption de sudamina, remarquables par leur nombre et leur volume.

Le 6, ils formaient des vésicules transparentes, globuleuses, variant du diamètre d'une demi-ligne à deux lignes. Entourés d'une auréole rouge, le liquide qu'elles contenaient était partout transparent, excepté sur l'abdomen où il était légèrement trouble. Sous la mâchoire étaient des paillettes d'épiderme provenant de la desquammation de quelques-unes de ces vésicules.

Le 8, plusieurs de ces sudamina se sont détachés; de nouveaux ont paru; sur quelques points de la poitrine et de l'abdomen la desquammation se fait par plaques, tant les tumeurs sont rapprochées.

Le 11 on en trouve de nouvelles, et le 13, sur le cadavre, 36 heures après la mort, on en voit beaucoup qui contiennent un liquide transparent, et qui sont en tout analogues à celles que l'on a observées pendant la vie.

Traitement. Tis. bour.; 6 bains de fumigations dans le lit par l'appareil à alcohol; ces bains ont, suivant les jours, produit ou de la chaleur sèche, ou des sueurs peu abondantes. Bouillon. Soupe.

Autopsie faite 38 heures après la mort.—Raideur cadavérique très-marquée.

Tête. Cerveau injecté, piqueté de rouge, consistance ferme; nulle part la substance grise ne présente d'altération.

Sur le prolongement postérieur du pont de varole, on trouva une tumeur adhérente à la substance grise du lobe du cervelet. L'arachnoïde la recouvre sans y adhérer, sans présenter des traces d'altération récentes ou anciennes. La dure-mère et les os, sur lesquels appuie la tumeur, ne présentent non plus, ni altération, ni dépression; son volume est d'une petite noix.

Cette tumeur, formée par des paillettes nacrées, est tout-à-fait semblable à celles déjà décrites dans l'ouvrage de M. Cruveilhier, tumeurs composées de stéarine et de cholestérine. On n'a trouvé dans aucune de ces tumeurs ni vaisseaux, ni tissu cellulaire.

La moelle est d'une consistance très-ferme dans la région cervicale; nulle part ailleurs on ne trouve d'altération, ni dans la consistance, ni dans la couleur.

Poitrine: le poumon gauche présente de l'hépatisation rouge dans son lobe inférieur; le bord tranchant est emphysémateux. Dans l'épaisseur des points hépatisés, on trouve des taches d'un rose vif; le droit n'offre que peu d'engouement.

Le cœur est mince et consistant.

Abdomen balloné. Le foie, la rate et les reins sont pleins de sang et d'une couleur foncée; les intestins n'ont offert qu'un aspect sain. Les glandes du mésentère sont petites, et ne contiennent aucune production analogue à celles qui forment la tumeur du cervelet.

On a recherché minutieusement dans tous les organes et dans les grandes articulations, dans les testicules, et l'on n'a pas trouvé de trace d'une semblable production.

Fracture des os du crâne; commotion, contusion et compression du cerveau sans symptômes de paralysie; par M. Fleury, *interne à l'Hôtel-Dieu.*

Le nommé Besson, âgé de 50 ans, tanneur, fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 18 février : il était alors sans connaissance. Les personnes qui l'accompagnaient dirent qu'il avait fait une chute d'un lieu élevé, mais sans préciser la hauteur; il fut impossible d'obtenir d'autres renseignemens.

A la visite du lendemain, on trouve le malade couché sur le côté gauche, dans l'attitude d'une personne qui dort d'un sommeil tranquille; il se plaint, lorsqu'on cherche à le réveiller, et ne tarde point à reprendre sa première position; on parvient néanmoins à lui faire entendre quelques paroles auxquelles il répond d'une manière assez juste. La figure est colorée, il n'existe aucune altération dans les traits. Les pupilles sont également mobiles; les membres ont conservé de la sensibilité et de la myotilité; la respiration n'est point stertoreuse, pas même accélérée; la peau est chaude, le pouls dur et assez fréquent; il n'existe ni incontinence, ni rétention d'urine.

On observe au coude gauche une petite plaie contuse qui a peu d'étendue et qui paraît d'abord superficielle. On prescrit : saignée de 16 onces; 25 sangsues à la nuque; petit-lait stibié; sinapismes aux jambes.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade paraît le lendemain s'être amélioré d'une manière sensible; la somnolence est moins marquée; il répond beaucoup mieux aux questions qu'on lui adresse; il dit ignorer complètement les circonstances de sa chute; le pouls conserve toujours de la fréquence. (On se borne à entretenir une dérivation sur le canal intestinal, au moyen du petit-lait stibié).

Le 22, trois jours révolus depuis l'entrée du malade à l'hôpital, les bords de la plaie du coude se tuméfient; la peau qui les recouvre est rouge, chaude; la plus légère pression détermine une douleur vive, bientôt suivie d'un mouvement brusque pour retirer le membre; un peu d'empâtement existe à la partie supérieure de l'avant-bras; le fond de la plaie est grisâtre, tapissé par une fausse membrane qui s'oppose à ce qu'on puisse constater si l'articulation est intéressée; le malade accuse une céphalalgie intense et une soif vive. (On revient à la saignée; 12 sangsues sont appliquées autour de l'articulation huméro-cubitale; bain de guimauve; cataplasmes; limonade à l'intérieur.)

Les 23 et 24, la tuméfaction du membre a diminué; du pus de bonne nature s'écoule de la plaie. Mais en même temps que les symptômes locaux perdent de leur intensité, l'état général semble s'aggraver; sa voix s'est affaiblie; à la somnolence a succédé un état de prostration qui n'a fait qu'augmenter chaque jour; le malade couché sur le dos ne paraît pas avoir la force de changer de position; la peau qui recouvre les deux lèvres de la plaie est décollée dans une petite étendue; on l'incise pour faciliter la sortie du pus.

26. La langue devient sèche, rugueuse; la soif augmente; le malade urine sur lui; le pouls est faible et très-fréquent; il n'y a point de dévoiement, point de frissons; le ventre n'est pas douloureux à la pression; la respiration est libre.

A ces symptômes se joint le lendemain une teinte ictérique générale, un peu de délire. La figure porte l'empreinte de la stupeur; on croit faire cesser ces accidens en faisant une longue incision au-dessus de la plaie, qui n'offre du reste aucun signe d'étranglement; mais le mal n'en fait pas moins de rapides progrès, la faiblesse semble augmenter de plus en plus; une sueur visqueuse recouvre le

corps ; le malade reste pendant deux jours plongé dans un état comateux, et meurt le 4 mars.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — *Crâne.* On observe à la partie postérieure et latérale du côté droit de la tête une contusion sans plaie, l'occipital présente à droite une fracture qui s'étend à la portion voisine du pariétal, et qui est limitée supérieurement par la suture sagittale; elle se termine sur la bosse pariétale par une félure. Entre les fragmens non déplacés se trouve du sang coagulé à l'intérieur et à l'extérieur; le périoste est déchiré dans les points qui correspondent à la fracture.

Entre la dure-mère et les os, en avant de la fracture, vers la région temporale droite, au-dessus du conduit auditif, on remarque un large épanchement de sang qui se prolonge dans la fosse latérale moyenne de la base du crâne. A quelques lignes du bord supérieur du rocher, il communique avec un semblable épanchement dans la cavité de l'arachnoïde, au moyen d'une rupture de la dure-mère.

En soulevant le caillot sanguin que recouvre le rocher, on voit que sa base est fracturée comminutivement, et que la solution de continuité s'étend aux parties voisines.

Le sang qui est contenu entre la dure-mère et les os est d'une couleur noire très-foncée, tandis que dans la cavité de l'arachnoïde il est couleur chocolat, et parsemé de stries jaunes qui lui donnent un aspect velouté.

Le cerveau est violemment contus dans le point qui correspond à la fracture, ainsi qu'à l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit; une lésion semblable s'observe à l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche.

Les ventricules ne contiennent point de sang; il n'y existe qu'une petite quantité de sérosité.

La portion du lobe postérieur du cerveau qui correspond à l'épanchement, présente une dépression considérable.

On observe dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des hémisphères, des plaques d'un rouge amaranthe formées par des arborisations vasculaires et par du sang infiltré autour des vaisseaux, non-seulement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, mais encore dans la couche la plus superficielle de la substance corticale. Cette lésion paraît exister d'une manière constante avec les mêmes caractères chez les malades qui ont éprouvé du délire à la suite d'une commotion du cerveau.

Il est difficile de dire si dans ce point l'inflammation a son siège dans la pie-mère ou dans la substance cérébrale; ce qu'il y a de certain, c'est que dans les points correspondans la pie-mère est adhérente au cerveau, et que la couche la plus superficielle de la substance corticale présente à l'œil et au doigt les caractères d'un ramollissement commençant; elle paraît aussi avoir perdu de son élasticité.

Poitrine. Quelques abcès métastatiques peu nombreux s'observent à la partie postérieure des poumons.

Abdomen. Le tube intestinal n'offre aucune altération. Le foie, dont le volume est normal, offre une légère teinte jaunâtre tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; sa consistance est diminuée, surtout au lobe gauche; il n'y existe aucune déchirure; on voit seulement à sa surface quelques petites arborisations d'un noir très-prononcé; on n'y a point observé d'abcès métastatiques.

La rate est ramollie; quelques taches d'un rouge clair existent à sa surface et dans son intérieur.

Examen du membre. — La face postérieure de l'olécrâne est dénudée; au niveau de son bord interne, la plaie extérieure communique dans l'intérieur de l'articulation qui est remplie de pus.

Les veines profondes de la partie interne du bras et de la face antérieure sont remplies par du pus dont l'épanchement est limité par un caillot fibrineux qui adhère aux parois du vaisseau.

Il a été impossible de constater si les veines enflammées s'ouvraient par un orifice béant dans l'intérieur de l'articulation.

Mémoire sur la staphyloraphie; par M. Bérard *jeune; agrégé en exercice, chirurgien du Bureau central.*

L'art de guérir, justement estimé dans tous les temps et chez toutes les nations, se recommande d'autant plus à la considération des hommes, que ses résultats sont plus sûrs et qu'ils remédient à des maladies plus fâcheuses, soit par le danger dans lequel elles mettent l'existence, soit par la gêne qu'elles apportent à l'accomplissement des fonctions les plus importantes. A ce titre, quoi de plus utile que les opérations à l'aide desquelles l'homme de l'art, corrigeant les écarts de la nature, fait disparaître certains vices de conformation congénitaux, incapables d'éprouver une cure spontanée, et dont la persistance n'est pas seulement une cause de difformité, mais devient encore la source d'accidens nuisibles à la santé du corps et au développement de l'intelligence. Parmi ces vices de conformation, il en est un, la division congéniale du voile du palais, qui gêne la déglutition, permet aux alimens, et surtout aux boissons, de refluer avec la plus grande facilité de la bouche dans les fosses nasales, nuit à la prononciation à tel point, qu'il est quelquefois impossible de comprendre le langage des infortunés atteints de cette difformité. Malgré la fréquence assez grande de la division du voile du palais, malgré les inconvéniens extrêmement fâcheux qui en résultent, la science n'avait encore rien fait pour guérir ce vice de conformation, lorsqu'à-peu-près à la même époque deux chirurgiens imaginèrent, l'un en Prusse, l'autre en France, un procédé opératoire à l'aide duquel on pût rétablir la continuité du voile du palais. Saisissant

l'analogie qui existe entre la fente palatine et le bec-de-lièvre, ils appliquèrent à la cure de la première les principes qui depuis long-temps guidaient les chirurgiens dans le traitement du second. Le succès couronna leurs essais, et la staphyloraphie prit rang parmi les opérations les plus utiles et les plus brillantes de la chirurgie. Honneur soit donc rendu au génie créateur de MM. Græfe et Roux.

Malheureusement des obstacles extrêmement grands sont attachés à la pratique de cette opération. Les uns sont dus à la susceptibilité des parties sur lesquelles on agit, susceptibilité qui est telle que le contact des instrumens et des doigts entraîne des mouvemens involontaires du malade, des nausées, des envies de vomir qui, à chaque instant, arrêtent l'opérateur. Ils ne peuvent être surmontés qu'en habituant peu-à-peu le fond de la gorge à l'action des corps étrangers. Les autres sont inhérens à l'opération elle-même, et le chirurgien a presqu'autant de peine à les vaincre sur le cadavre qu'en opérant sur le vivant. Ils consistent, 1.° dans la difficulté de faire passer les aiguilles à travers le voile du palais, à la même hauteur de chaque côté, à une distance convenable de la fente palatine, et à une égale distance les unes des autres; 2.° dans la difficulté de faire une section nette, rectiligne, des bords de la division; 3.° dans le danger de couper les ligatures au moment où l'on pratique l'avivement. C'est à diminuer ces difficultés que doivent tendre les efforts des chirurgiens : un perfectionnement, même léger, apporté aux procédés connus, peut avoir les résultats les plus favorables, et faire réussir une opération que le succès est loin de couronner toujours.

C'est le résultat de travaux entrepris dans ce but que je livre maintenant au public (1) ; heureux de pouvoir annon-

(1) A l'époque où ce mémoire a été rédigé, je n'avais pas connaissance de la thèse de M. Schwerdt, dans laquelle se trouvent consi-

cer que le procédé nouveau de staphyloraphie que je propose a déjà reçu la sanction de l'expérience, et qu'il a été suivi d'une guérison parfaite dans le seul cas où j'aie eu occasion de le mettre en pratique.

La staphyloraphie se compose de trois points principaux : passer les fils, aviver les bords de la division, serrer les ligatures.

Premier temps. Passer les fils. — Le chirnrgien ne saurait apporter trop de soin dans le passage des aiguilles à travers le voile du palais : voici quelles sont les conditions à remplir dans ce premier temps de la staphyloraphie :

1.° Les points de suture doivent être placés à la même hauteur sur chaque côté de la division. S'il en est autrement, l'écartement qu'ils laissent entre eux n'étant plus le même à droite et à gauche, un des côtés plus long que l'autre entre deux points de suture, sera inégal et plissé, tandis que le côté opposé sera tendu.

2.° Les points de sutnre doivent être posés de telle sorte que les intervalles qui les séparent soient à-peu-près égaux ; on conçoit que si, de chaque côté, on laisse un écartement assez considérable entre une ligature, les bords de la division resteront écartés, et ne pourront obtenir la réunion par première intention.

gnés les travaux des Allemands sur la staphyloraphie et leurs différens procédés d'avivement des bords de la division. Ce que M. Velpeau en dit dans ses *Élémens de Médecine-opératoire*, ne peut suffire même pour faire deviner les procédés de Dieffenbach et autres, dans lesquels la section des parties molles se pratique du bord adhérent du voile du palais à son bord libre, et je croyais être l'inventeur de ce procédé. Si, après avoir reconnu mon erreur, je n'en livre pas moins ce travail à l'impression, c'est afin que les personnes qui, par négligence ou impuissance, ne se procurent pas les ouvrages des Allemands sur la staphyloraphie, apprennent à connaître un procédé qui me paraît offrir de grands avantages ; c'est en outre parce que je crois avoir fait ressortir ces avantages mieux que ne l'ont fait mes prédécesseurs. Quant au mode selon lequel j'ai porté les ligatures, je n'ai rien trouvé dans les auteurs qui jusqu'ici m'empêche de le considérer comme étant entièrement de mon invention.

3.° Les points de suture ne doivent traverser le voile du palais ni trop près ni trop loin des bords de la division ; trop près, ils coupent les parties molles renfermées dans l'anse de la ligature, avant que la réunion par première intention soit accomplie ; trop loin, ils ne peuvent être assez serrés pour opérer le contact des bords de la division, on bien ils causent un tiraillement excessif du voile du palais, d'où résulte une douleur très-vive et une inflammation qui peut nuire au travail de l'adhésion. Le premier inconvénient, celui qui résulte du passage des aiguilles à une distance trop petite de la fente palatine, est plus grave que le premier : on sait que la déchirure prématurée des parties molles comprises dans chaque anse de ligature est une des causes les plus fréquentes d'insuccès après la staphyloraphie.

Ces considérations prouvent combien il est important de passer les aiguilles dans un point bien déterminé du voile du palais ; or, en suivant le procédé ordinaire, est-on sûr d'y arriver ? Cela me paraît difficile, car l'instrument étant porté dans le fond de la gorge, à travers la fente du voile du palais, l'œil perd de vue la pointe de l'aiguille qui est ramenée derrière le voile et enfoncée d'arrière en avant à travers son épaisseur. Si l'on s'aperçoit à temps de la mauvaise position de l'aiguille, on est obligé de faire ressortir la pointe et de piquer une seconde, ou même une troisième fois le voile du palais avant de traverser le point convenable. Ces difficultés disparaissent si l'on porte l'aiguille d'avant en arrière à travers le voile du palais. Rien ne soustrait à la vue les parties sur lesquelles il faut agir ni les instrumens dont on se sert. Le chirurgien mesure de l'œil les distances, pose la pointe de l'aiguille sur la partie qu'elle doit traverser, et l'enfonce à coup sûr à travers le voile du palais.

Second temps. Aviver les bords de la division. — Ce second temps de la staphyloraphie en est le temps capital,

puisque par lui les bords de la division, naguère incapables de se réunir, sont transformés en une surface susceptible d'éprouver le travail de l'inflammation adhésive. Les difficultés à surmonter pour opérer l'avivement, selon le procédé suivi en France, sont extrêmement grandes; en effet, quelque soin que l'on prenne de tendre et de porter en bas et en dedans chaque moitié du voile du palais, on éprouve toujours beaucoup de peine à faire une section nette et égale du bord de la fente, quand on porte le bistouri sur le bord libre du voile du palais : les parties molles que rien ne retient par en bas, fuient devant le tranchant de l'instrument : quelquefois la partie inférieure du lambeau se déchire ou est entièrement coupée avant que la section ait atteint l'angle supérieur de la division. Si, pour trancher plus aisément les parties molles, on veut se servir des ciseaux, on est exposé à couper les fils : cet accident est arrivé aux plus habiles opérateurs.

Ces difficultés disparaissent si l'on pratique l'avivement du bord supérieur du voile du palais. En effet, le voile solidement fixé par son bord adhérent au bord postérieur de la voûte osseuse du palais, est tendu sous le tranchant de l'instrument, de telle sorte qu'il suffit d'une pression légère de ce dernier pour en opérer la division. Delà résulte une section plus nette, plus uniforme, du bord de la fente; chaque lambeau se taille d'un seul trait, conservant la même épaisseur dans toute son étendue; les ligatures ne sont pas plus exposées à être atteintes que quand on avive de bas en haut en se servant du bistouri.

Troisième temps. Ligature. — Le troisième temps de la staphyloraphie, celui qui consiste à serrer les fils, offre une grande simplicité; quand, à l'exemple de M. Roux, on fait un premier nœud avec les deux doigts indicateurs portés dans le fond de la gorge, nœud que l'on fait saisir par un aide avec une pince à anneaux, tandis que l'on pratique un second nœud que l'on serre sur le premier. Mais on peut

éprouver quelques difficultés pour opérer le degré de constriction convenable; le malade peut être pris de nausées au moment où les doigts et les pinces sont portés dans le fond de la bouche, ce qui force à tout lâcher; le volume des doigts peut empêcher de bien apercevoir les parties sur lesquelles on agit; c'est pour éviter ces inconvéniens que plusieurs instrumens ont été inventés; de tous celui qui m'a paru le plus parfait est celui de M. Guyot. Cet instrument n'a pas encore été décrit. Son auteur, ayant l'intention de le faire connaître ainsi que le résultat d'opérations qu'il a pratiquées, je suis forcé de le passer sous silence.

D'après cet exposé des préceptes qui doivent guider le chirurgien dans l'opération de la staphyloraphie et des procédés à l'aide desquels ces préceptes ont été accomplis jusqu'à ce jour, on voit que le premier et le second temps m'ont paru susceptibles de perfectionnemens. Enfoncer les aiguilles d'avant en arrière et non d'arrière en avant, afin d'être certain que l'aiguille traverse le point désiré du voile du palais; aviver de haut en bas et non de bas en haut, afin d'agir sur des parties tendues, et par là même faciles à diviser, telles sont les modifications importantes que j'ai apportées à l'opération. Je vais maintenant décrire avec détail mon procédé opératoire, et je terminerai par la relation d'une opération dans laquelle ce procédé a été mis en usage avec un plein succès.

Les instrumens nécessaires pour pratiquer la staphyloraphie d'après le procédé que je conseille, sont extrêmement simples. Ils se composent d'une pince à pansement ordinaire; d'une pince à dents de souris semblable à celle dont se sert M. Græfe, et qui est destinée à tendre le voile du palais en pinçant ses bords et sa pointe sans en déterminer la déchirure; d'un bistouri droit pointu, d'aiguilles de 6 à 7 lignes de long, 1 de large, épaisses d'un quart de ligne vers leur talon qui est percé d'un chas assez large pour admettre un gros cordon plat; ces aiguilles offrent

sur le plat une courbure peu prononcée qui commence à la pointe et occupe les trois cinquièmes de l'aiguille ; les deux autres cinquièmes qui répondent au talon sont parfaitement rectilignes ; de cordonnet plat ou de fils cirés, et réunis de manière à former un ruban d'une demi-ligne de largeur.

Le procédé dont je vais donner la description est applicable aux cas de diastémato-staphylie simples, ainsi qu'à ceux qui sont compliqués de division de la voûte osseuse du palais, et dans cette dernière circonstance, il admet les mêmes modifications que celles apportées aux procédés déjà connus. Pour le moment je suppose que la division du voile du palais n'est compliquée d'aucun autre vice de conformation.

Le malade étant situé convenablement, le chirurgien saisit, et tend le bord gauche de la division avec la pince à dents de souris tenue de la main gauche ; de la main droite il prend l'aiguille avec la pince à pansement, le talon dirigé parallèlement à la longueur des pinces, et la concavité regardant le bord libre de la fente. L'épaisseur du talon de l'aiguille la rend plus facile à maintenir entre les mors de la pince ; l'aiguille est enfoncée d'avant en arrière au niveau de l'angle supérieur de la division, à trois lignes à-peu-près en dehors de son bord libre, jusqu'à ce que le bout de la pince touche le plan antérieur du voile du palais, ce qui a lieu quand les 3/5 de l'aiguille ont traversé son épaisseur. L'opérateur abandonne alors le bord du voile du palais, et la même pince qui lui servait à le tendre, lui sert à saisir la partie de l'aiguille qui dépasse, en arrière, le voile du palais : la courbure de l'aiguille permet à sa pointe de se diriger en arrière et en dedans, de telle sorte qu'il est facile de l'apercevoir à travers la fente palatine et beaucoup plus aisé de la saisir que si elle était rectiligne. Une traction légère sur cette aiguille en arrière et du côté opposé à son entrée, suffit pour dégager le talon, et l'aiguille est

ramenée d'arrière en avant, à travers la fente, et tirée hors de la bouche avec le fil qui la traverse.

On fait passer de la même manière et à la même hauteur une autre aiguille dans la lèvre droite de la division, en changeant de main les pinces destinées à porter et à retirer l'aiguille. Cette seconde aiguille entraîne après elle une anse de fil que l'on dégage de l'aiguille et dans laquelle on passe le chef profond de la ligature. Cette anse de fil sert à ramener d'arrière en avant le chef de la ligature à travers le côté droit du voile du palais, de telle sorte que les deux chefs sortant par la bouche, le milieu forme une anse en arrière du voile du palais comme dans les procédés ordinaires. Quoique la description de ce temps de l'opération paraisse quelque peu compliquée, je dois dire que rien n'est plus simple que son exécution.

Il faut placer une seconde puis une troisième anse de fil, selon l'étendue de la division, en ayant soin de piquer chaque aiguille à trois lignes environ du bord libre de la fente du palais.

Lorsque les points de suture sont passés, les anses sont abaissées, ainsi qu'on le pratique ordinairement, afin de rendre les fils à-peu-près parallèles aux bords de la division et de les préserver par cette position de l'action du bistouri. Le bord gauche de la fente est de nouveau saisi avec la pince à dents de souris tenue de la main gauche, tandis que la droite, armée d'un bistouri pointu, tenu comme une plume à écrire, porte l'instrument dans le fond de la bouche. Le bistouri est plongé à travers le voile du palais, à une ligne au-dessus de l'angle de la division, le dos dirigé vers le bord postérieur des os du palais ; il suffit alors d'une pression légère sur l'instrument pour diviser nettement les parties molles et tailler un lambeau d'une demi-ligne d'épaisseur qui occupe toute l'étendue de la solution de continuité.

L'avivement se pratique de la même manière sur le côté

droit du voile du palais, après avoir changé de main la pince et le bistouri. Le second lambeau étant taillé, les deux sont encore réunis par leur pointe supérieure et appendus à l'angle de la division. Il ne reste plus qu'à les enlever, en reportant le tranchant de l'instrument vers cet angle et en coupant obliquement d'une plaie à l'autre, tandis qu'on saisit les lambeaux avec les pinces, de peur qu'ils ne tombent dans les voies aériennes ou alimentaires.

Il est indispensable de tailler les deux lambeaux en faisant pour chacun d'eux une ponction distincte à l'angle supérieur de la fente; car, si, après avoir fait l'avivement d'un côté, on portait l'instrument à l'extrémité supérieure de cette première section pour couper de haut en bas sur l'autre lèvre, le second lambeau, continu avec le premier vers sa pointe, serait difficile à bien couper puisqu'il n'offrirait aucune résistance au tranchant de l'instrument, et qu'il tomberait, flottant sur le côté du bistouri, à mesure que celui-ci s'approcherait du bord libre du voile du palais. Cette recommandation, au reste, n'est utile que dans les cas où le voile du palais est divisé sans qu'il y ait complication de l'écartement des os palatins et maxillaires supérieurs; car, dans ce dernier cas, il faut bien tailler isolément chacun des lambeaux, depuis leur angle supérieur jusqu'à l'inférieur.

Ici se termine le second temps de la staphyloraphie : quant au troisième, celui qui consiste à serrer les ligatures, je n'y ai apporté aucune modification : je dois donc renvoyer au procédé de M. Roux ou de M. Guyot.

Il ne suffit pas d'avoir triomphé de toutes les difficultés qu'offrent le passage des aiguilles, l'avivement des bords; il ne suffit pas d'avoir serré les fils et mis en contact les bords saignans de la fente palatine, le chirurgien aura en vain déployé toute son habileté, et le malade ne retirera aucun fruit de la fatigue que lui a fait endurer une opéra-

tion aussi laborieuse, si les parties qui viennent d'être recousues ne conservent pas, pendant trois à quatre jours, la plus parfaite immobilité. Or, la privation d'alimens est une condition indispensable de cette immobilité. Mais chez plusieurs opérés le sentiment de la faim devient tellement vif, malgré l'emploi de lavemens nourrissans, que les malades s'abandonnent au besoin impérieux qui les tourmente. Ils mangent, et la pression du bol alimentaire sur la plaie elle-même dans le premier temps de la déglutition, jointe aux contractions des muscles du voile du palais, pendant l'accomplissement de cette fonction, produit la déchirure des points de suture et l'écartement des bords avivés. Ne pourrait-on pas prévenir un pareil accident en nourrissant le malade à l'aide d'une sonde œsophagienne dont l'extrémité sortirait par les fosses nasales? Je n'ai pas eu recours à ce moyen dans le cas que je vais rapporter, et je ne pense pas qu'il ait jamais été mis en pratique. Si on voulait y avoir recours, il faudrait habituer les parties au contact de la sonde, et la laisser à demeure plusieurs jours d'avance, afin de ne plus lui imprimer aucun mouvement à partir du moment où l'opération serait faite jusqu'à celui où on jugerait qu'elle peut être retirée sans danger.

Observation. — Le nommé Meuret (Louis), âgé de 27 ans, profession d'ébéniste, vint à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, le 10 décembre 1833. Il portait sur la lèvre supérieure une cicatrice qui dénotait qu'il avait subi l'opération du bec-de-lièvre; sa parole était rauque et mal articulée, très-difficile à comprendre. Cette circonstance, jointe à la cicatrice de sa lèvre, me fit penser qu'il avait une division du voile du palais, et l'examen de sa gorge confirma de suite ce soupçon. La fente du voile du palais s'étendait depuis son bord libre jusqu'à deux à trois lignes de son bord adhérent : en ce lieu commençait la continuité de la voûte palatine qui n'était plus interrompue

jusqu'à son extrémité antérieure; il y avait donc diastémato-staphylie simple, c'est-à-dire, sans écartement des os palatins et maxillaires supérieurs ; la complication de division de la lèvre avait disparu depuis la chéiloraphie.

La hauteur totale de la division avait à-peu-près quinze lignes. Les bords de la fente laissaient entre eux un écartement triangulaire dont la base regardait le bord inférieur du voile du palais. Lorsque le malade tenait sa gorge en repos, cet écartement n'avait guère plus de trois à quatre lignes ; mais sitôt que les parties étaient irritées par le contact d'un instrument, il acquérait des dimensions considérables; chaque moitié du voile du palais était portée en haut et en dehors, et, semblable à la toile d'un théâtre, elle se relevait vers les amygdales et le bord postérieur des os palatins, et disparaissait presqu'entièrement.

Ce phénomène, entièrement opposé à celui qui, d'après le dire d'un auteur, serait constant, et aurait pour résultat la diminution de la fente palatine lors des contractions musculaires qui accompagnent la déglutition, trouve une explication toute naturelle dans la disposition même des muscles intrinsèques du voile du palais : les péristaphylins internes et surtout les externes, dirigés obliquement en bas et en dedans vers le milieu du voile du palais où ils s'unissent avec ceux du côté opposé dans l'état ordinaire, se terminent ici dans le bord de la division, et leur contraction doit entraîner chaque moitié du voile en haut et en dehors.

Le malade entré à l'hôpital, j'habituai peu-à-peu le fond de la gorge et l'isthme du gosier au contact des corps extérieurs, en portant chaque jour sur ces parties tantôt mes doigts, tantôt des instrumens métalliques. Bientôt ces manœuvres purent être supportées sans qu'il en résultât le moindre effort de vomissement; mais elles ne purent empêcher les mouvemens du voile du palais dont j'ai parlé plus haut. Le malade, épileptique, eut quelques accès qui me forcèrent encore à retarder le moment de l'opération, et qui nécessitèrent quelques émissions sanguines.

Le 11 janvier 1834, je pratiquai l'opération de la façon suivante : le patient placé sur une chaise, en face d'une fenêtre, la tête légèrement renversée en arrière et maintenue par un aide qui l'appuyait sur sa poitrine, la bouche grandement ouverte, sans moyen artificiel pour s'opposer au rapprochement des mâchoires non plus qu'à l'élévation de la langue, je saisis à l'aide de la pince de M. Græfe, tenue de la main gauche, l'angle inférieur de la division du côté gauche ; puis avec la main droite armée d'une pince à pansement ordinaire, je pris l'aiguille configurée comme celle dont j'ai parlé, mais qui en différait en ce qu'elle était très-plate à son talon, ce qui nuisait à la solidité avec laquelle la pince la tenait saisie. La contraction des muscles du voile du palais apporta un obstacle assez grand à ce que je pusse tendre exactement ce voile avec la pince à dents de souris. Il fallut, par une traction légère et graduée, lutter contre cette contraction qui pendant l'opération fut une source de difficultés qui se reproduisirent et pour le passage de chaque aiguille, et pour l'avivement, et pour la constriction des ligatures. Je suis étonné que les auteurs qui ont traité de la staphyloraphie n'aient pas fait mention de ces contractions musculaires. Serait-ce que ce phénomène a été exceptionnel chez mon malade, ou bien est-ce une omission de la part de ceux qui ont traité ce sujet avant moi ? Je l'ignore ; mais ce que je puis affirmer, c'est que dans les cas où ce phénomène existe l'opération est beaucoup plus laborieuse.

Je ne m'arrêterai pas à décrire minutieusement le manuel opératoire que j'ai suivi pour passer les aiguilles d'avant en arrière, pour les retirer et placer ainsi trois points de suture ; car j'ai agi d'après les préceptes que j'ai tracés dans le second paragraphe de ce mémoire. Chaque point de suture était d'ailleurs à la même hauteur de l'un et l'autre côté, à la distance de trois lignes environ, du bord de la suture ; un intervalle égal séparait chaque fil dont le

supérieur était presqu'au niveau de l'angle supérieur de la division, et l'inférieur à deux lignes du bord libre du voile du palais.

Pour pratiquer l'avivement, il fallut de nouveau saisir et tendre chaque moitié du voile avec la pince à dents de souris : la section de chaque lambeau fut faite de haut en bas, en suivant exactement le *modus faciendi* que j'ai exposé plus haut, si ce n'est que la crainte de rencontrer la paroi postérieure du pharynx avec la pointe du bistouri, m'a porté à n'employer cet instrument que pour faire la ponction du voile du palais, et à substituer de suite au bistouri pointu un bistouri à pointe mousse avec lequel j'ai achevé l'avivement.

Quoique ce changement d'instrument ne m'ait offert aucune difficulté, et qu'il ait à peine causé un retard de quelques secondes dans l'opération que j'ai pratiquée, je crois cependant que l'on peut se dispenser d'y avoir recours, et que l'on peut sans inconvénient continuer à tailler le lambeau avec le même bistouri qui sert à le commencer. Il y a une distance trop considérable entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, pour que l'on ait à redouter de heurter cette paroi avec la pointe du bistouri.

Les deux lambeaux réunis et adhérens par leur sommet furent détachés d'un coup de bistouri et amenés au-dehors, ne formant qu'un seul tout, une espèce de V d'une épaisseur uniforme, et semblable aux lambeaux que l'on obtient par l'opération du bec-de-lièvre. Après avoir laissé saigner la plaie librement, je fis gargariser le malade avec de l'eau acidulée, et quand l'écoulement du sang fut entièrement tari je serrai les ligatures. L'inférieure affronta exactement et sans beaucoup de peines les lèvres de la plaie; la moyenne et la supérieure furent plus difficiles à lier, et un léger écartement entre les bords de la plaie subsista à leur niveau.

Le malade reconduit à son lit s'y tint couché la bouche tournée en bas, afin que la salive s'écoulât au-dehors par son propre poids. Je lui recommandai de ne faire aucun mouvement de déglutition, et d'observer le plus grand silence. Ces ordres furent suivis avec la plus grande attention, et pendant cinq jours le malade ne fut nourri qu'à l'aide de lavemens composés de bouillon et de jaunes-d'œuf. Pendant ce temps il s'était fait le long de la plaie une exhalation de mucosités épaisses d'un jaune blanchâtre, qui cachaient en partie les ligatures. Au sixième jour, les fils furent enlevés : déjà la moitié inférieure de la plaie était réunie par une bonne cicatrice; il en était de même vers l'angle supérieur, mais il existait au milieu un intervalle de près de six lignes de hauteur sur trois de large. Cette fente fut touchée tous les deux ou trois jours avec le nitrate d'argent, et sous l'influence de cette cautérisation on la vit se rétrécir de jour en jour, et finir par s'oblitérer entièrement. Cette occlusion s'est fait long-temps attendre; elle n'a été parfaite que dans les premiers jours du mois de mars, c'est-à-dire sept semaines après l'opération. Le malade a été présenté à l'Académie de Médecine dans le courant de ce mois; la restauration du voile du palais était aussi exacte que possible; un petit bout de luette terminait le milieu du bord libre du voile. Les fonctions de la déglutition étaient aussi régulières que chez une personne dont le palais a toujours été bien conformé; la parole était encore difficile, mais elle était déjà assez nette pour qu'on pût entendre aisément ce que le malade voulait dire; tandis qu'avant l'opération il lui était souvent impossible de se faire comprendre.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De la diète méthodique, envisagée comme moyen de guérir beaucoup de maladies ; par Rollfs (1).

Le traitement de certaines maladies par la diète seule, essayé plusieurs fois en Italie et en France, en Angleterre, et en Suède, a particulièrement fixé l'attention des allemands, et Rust a obtenu par ce moyen, à la Charité de Berlin, des succès qui ont engagé l'auteur de cet article à s'occuper d'une manière toute spéciale de l'abstinence des alimens envisagée sous ce point de vue. Le premier travail dont il promet la continuation, renferme une observation intéressante, quoique incomplète, de guérison d'une paraplégie, par la diète seule, et une discussion approfondie sur l'abstinence, sur ses effets à l'égard de l'économie, sur son mode d'action dans les maladies, et sur la manière dont on doit l'employer pour parvenir au but que l'on se propose. Nous commencerons par donner l'observation de paraplégie, afin de fixer les idées sur le genre de diète que l'auteur a en vue dans son Mémoire.

Un garçon de 14 ans était affecté d'une grande faiblesse du dos, avec saillie légère des dernières vertèbres qui étaient fort douloureuses à la pression. Il y avait aussi carie de l'ischion et fistule au périnée qui fournissait à peine une cuillerée à café de pus dans les 24 heures. La maladie durait depuis plusieurs années, lorsque M. Rollfs en entreprit la guérison. La position couchée, les frictions aromatiques, la mousse d'Islande, n'empêchèrent pas qu'au bout d'un an la courbure de la colonne n'eût considérablement augmenté, et que les membres inférieurs ne se fussent affai-

(1) *Magazin de Rust*, XL.e vol., 2.e cahier.

blis au point que le malade ne pouvait se soutenir qu'en s'appuyant les coudes sur le bord d'une table. M. Rollfs essaya la supination non interrompue, et l'application du fer rouge sur les deux côtés de la saillie vertébrale; les cautères furent entretenus pendant plusieurs mois, et différens moyens excitans, en particulier la noix vomique, furent administrés, le tout sans le moindre succès. La paraplégie avait augmenté au point que le malade pouvait à peine lever la jambe, étant étendu dans son lit, et ne pouvait plus se tenir debout. M. Rollfs conseilla alors la diète méthodique. Le malade accueillit la proposition avec avidité et diminua de lui-même la quantité de ses alimens. Lorsqu'au bout de quelques semaines M. Rollfs vit le malade accoutumé à l'abstinence et soutenu par une sorte de point d'honneur, il lui déclara que c'était maintenant seulement que commençait le traitement, et que sa guérison dépendait de son courage et de son empire sur lui-même. C'était au commencement de septembre 1823. Le pouls battait 80 fois par minute; il était faible et petit, mais régulier; la respiration était un peu gênée, comme il arrive toujours lorsque la colonne vertébrale est affaiblie; le ventre était paresseux, la peau froide, sèche et flétrie, le sommeil était agité et l'appétit très-vif. On retrancha au malade, une once de légumes par jour, on lui donna matin et soir une tasse de lait et on supprima complètement le pain et la viande. Le 18 septembre la nourriture ne se composait plus que de 8 onces de légumes frais, de deux tasses de lait et de 8 onces de raisin. Le pouls ne donnait plus que 48 pulsations; un minoratif administré de temps en temps provoquait des évacuations. La dyspnée était combattue par l'usage des gouttes d'Hoffmann et de l'huile de menthe poivrée; il n'y avait presque plus de sommeil. Le 24 septembre, le malade pouvait, non seulement lever les jambes dans son lit, mais encore faire quelques pas après avoir été placé debout. Les membres inférieurs étaient considérablement amaigris. On augmenta

alors la ration de légumes d'une once par jour. Le 28, le malade put faire seul le tour de sa chambre après avoir été placé sur ses jambes. La faim était telle qu'il aurait volontiers attrapé les mouches pour les manger. A dater de ce moment l'amélioration fut rapide, et le malade put bientôt non seulement marcher, mais aussi courir. La fistule se cicatrisa, et dans l'hiver ce jeune homme fut en état d'être garçon boulanger.

L'auteur ne dit pas dans quel état se trouva la colonne vertébrale après la guérison, mais nous croyons pouvoir conclure des détails de cette observation, que la désorganisation des os était peu considérable, que la fistule du périnée quoi qu'en dise l'auteur, tenait uniquement à la carie de l'ischion, et que la paraplégie était probablement due à la compression de la moelle par quelque produit morbide accumulé dans le canal vertébral par suite de l'affection du rachis. On comprend alors la rapidité de la guérison, qui ne s'expliquerait pas s'il y avait eu destruction du corps des vertèbres. Cette observation n'en est pas moins un exemple frappant de ce qu'on peut obtenir par la diète, dans certains genres de paralysie.

Analysons maintenant le mémoire de M. Rollfs. Il définit la diète méthodique : la soustraction *volontaire* de la quantité accoutumée de la nourriture avec choix exclusif de certains alimens et persistance du désir d'une nourriture plus abondante ; distinguant ainsi la diète de la faim. Par la diète, l'homme doit s'imposer volontairement un besoin ; ce besoin doit produire une excitation et n'être pas assez grand pour amener un affaissement général.

Cette imposition volontaire d'un besoin, doit avoir une grande influence sur l'homme sous le point de vue moral et religieux, en devenant un mobile puissant de ses actions. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens de cette idée.

Un second effet de la diète, que l'auteur regarde comme

l'un des plus importans, est une sympathie plus intime des organes et une réaction de ceux-ci les uns sur les autres, ce qui doit amener l'expulsion des principes hétérogènes qui peuvent se trouver dans le corps.

La diète produit un troisième effet qui se lie à celui dont nous venons de parler, savoir : que l'individu qui jeûne se nourrit de sa chair et de son sang. L'absorption interstitielle augmente en même temps que l'absorption intestinale diminue. La surabondance du sang disparaît, la graisse est résorbée, et enfin presque tous les organes, mais particulièrement les membres, les viscères abdominaux fournissent plus ou moins de principes nutritifs. L'amaigrissement en est le résultat. Tandis que les organes digestifs tombent dans l'inaction, que la circulation se ralentit, le système nerveux, qui concourt moins que les autres systèmes à la nutrition de l'individu, conserve son activité, chose importante pour que l'absorption interstitielle puisse continuer à avoir lieu. Par suite de l'inaction des organes digestif et circulatoire, il se forme des *âcretés* et des *impuretés;* la respiration du malade prend une mauvaise odeur, la peau devient visqueuse et se couvre souvent de vésicules, l'urine acquiert une couleur foncée et se charge, et les évacuations alvines deviennent difficiles. L'activité interstitielle étant dépendante de l'état du système nerveux, on conçoit que dans beaucoup de cas et en particulier dans les fièvres nerveuses et chez les individus âgés ou faibles, la diète n'amène pas l'amaigrissement, mais produit un affaissement qui, non seulement ne répond plus au but de l'abstinence, mais est dangereux pour la vie du malade. La même cause explique pourquoi les travaux qui exigent des efforts musculaires énergiques produisent l'amaigrissement, et pourquoi au contraire l'embonpoint est ordinairement le résultat du repos de l'esprit et du corps. L'absorption interstitielle est la condition *sine quâ non* de la guérison, dans un grand nombre de maladies qui semblent résulter de l'engorgement

des vaisseaux et du tissu cellulaire, état qui gêne l'action des nerfs des parties affectées. Les vaisseaux lymphatiques, agens principaux de l'absorption interstitielle, paraissent surtout destinés à maintenir l'équilibre entre les différentes parties du corps, à en égaliser la masse. En effet, comme la vie exige l'excitation prépondérante et momentanée de l'un ou l'autre des organes de l'économie, et qu'en conséquence le sang artériel se porte vers cet organe en plus grande abondance, les différentes parties du corps seraient inégalement nourries, si ensuite, pendant le repos, une partie des principes nutritifs déposés dans l'organe surexcité n'en était soustraite. Cette inégalité d'action étant requise par une organisation élevée, c'est là aussi que devait avoir lieu ce travail de dissémination, et c'est pour cela que les animaux vertébrés sont seuls pourvus de vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux lymphatiques ne paraissent différer des veines qu'en ce que celles-ci ne remportent que les fluides, tandis que les vaisseaux lymphatiques ont aussi pour but de liquéfier les parties solides. Dans plusieurs maladies les vaisseaux chylifères paraissent malades comme lorsqu'il y a inappétence, digestion pénible; dans d'autres, comme la fièvre hectique, les vaisseaux lymphatiques sont doués d'une activité trop grande, et il en résulte un amaigrissement rapide.

En définitive, la diète ayant pour but d'augmenter l'absorption interstitielle, et l'amaigrissement étant le résultat de celle-ci, c'est à produire la maigreur que doit tendre le traitement. Les fruits acidulés et les légumes herbacés sont un moyen de favoriser cet effet, et suffisent pour soutenir la vie : il faudra en faire principalement usage dans le traitement par la diète.

Le jeûne produit un sentiment d'épuisement et de faiblesse qui, lorsqu'il n'est pas poussé trop loin, ne peut être nuisible. Il faut soutenir le courage du malade, en faisant briller à ses yeux l'espoir d'une guérison pro-

chaine, et en excitant chez lui le point d'honneur. Si le malade ne possède pas la force morale nécessaire pour ne pas s'abandonner à ce sentiment de faiblesse, le traitement par la diète ne peut réussir; aussi ne convient-il pas chez les personnes âgées, apathiques ou dégoûtées de la vie et chez les enfans. L'accumulation des gaz dans le canal intestinal, qui est presque toujours le résultat du jeûne, tendant à augmenter le malaise et l'abattement, il est nécessaire d'entretenir la liberté du ventre. Il faut aussi combattre le refroidissement qui survient facilement dans le cours du traitement. La soustraction des alimens doit être graduelle. Pour soumettre un malade à une diète sévère, il faut faire l'opposé de ce qu'on fait pour engraisser les animaux. Chez ceux-ci on commence par augmenter la quantité de nourriture habituelle, puis on donne des alimens plus nutritifs et en même temps plus faciles à digérer, et vers la fin, on en diminue la quantité, mais on les choisit très-substantiels et d'une digestion très-facile. On commencera donc, pour faire jeûner un malade, par diminuer la quantité de légumes et de viandes; ensuite, on ne donnera que des légumes verts et un peu de pain, puis des légumes sans pain, et enfin seulement des fruits crus, surtout acidulés, en assez petite quantité pour soutenir seulement la vie.

La diète méthodique peut être employée dans presque toutes les maladies, surtout à leur début et à un degré modéré; mais comme une foule de circonstances s'opposent souvent à son emploi, nous n'indiquerons que les principaux cas dans lesquels ce traitement peut être utile.

Il n'est aucun moyen qui s'oppose plus efficacement à l'avortement, et sans lui, tous les autres ont peu d'effet.

Certaines hémorrhagies, diarrhées, sueurs excessives et autres sécrétions morbides, n'exigent souvent pas d'autre traitement. Dans ces cas, la nourriture se composera principalement des principes mucilagineux que contiennent l'a-

voine, l'orge, le salep, etc. La diète est encore un excellent moyen pour combattre les pollutions fréquentes si le malade a soin de se livrer à des occupations sérieuses, de ne manger rien ou presque rien le matin, de ne prendre à midi que la moitié de sa nourriture habituelle et de coucher sur un lit dur; il n'aura plus besoin de recourir aux acides, au quinquina, encore moins à l'infibulation.

La pléthore et l'hypochondrie exigent une grande diminution dans la quantité des alimens, et tout le monde sait de quelle nécessité est la diète dans le traitement des plaies et de certaines ulcérations rebelles. Les maladies chroniques de la peau disparaissent souvent sous l'influence d'une diète prolongée et sévère, et le jeûne seul suffit quelquefois pour guérir la syphilis. On sait qu'on est parvenu en affamant les malades, à faire disparaître des syphilis invétérées, contre lesquels toute espèce de traitement avait échoué. M. Rollfs cite plusieurs cas semblables tirés de sa pratique, dans lesquels le sublimé, administré par la méthode de Dzondi, n'avait rien produit, et dont il a obtenu la guérison, ou par une diète extrêmement sévère, ou sans donner de mercure, ou en n'en faisant prendre qu'une quantité très-petite. Le mercure n'est alors qu'un adjuvant qui accélère la guérison.

M. Rollfs traite la gonorrhée et la guérit souvent en une semaine, en faisant prendre au malade toutes les deux heures une cuillerée à café de poudre de cubèbe et en ne nourrissant que d'une crême d'avoine légère.

Enfin, la diète méthodique est un puissant moyen de traitement dans certains cas de paralysie, comme le prouve l'observation rapportée plus haut.

Ce traitement doit subir une foule de modifications suivant le degré de la maladie, la constitution, la manière de vivre, l'âge, etc., du malade. On a tenté de le rendre moins pénible en excitant constamment le dégoût pour les alimens par l'émétique, l'ipécacuanha, etc. Mais la faim est

surtout efficace par l'excitation générale qu'elle produit, et le dégoût des alimens amène facilement un affaissement qui détruit les forces vitales.

Si le traitement par la diète ne produit pas tous les résultats qu'on serait en droit d'en attendre, c'est sans doute qu'il est encore susceptible de beaucoup de perfectionnemens; il faut en effet spécifier pour chaque cas particulier, non seulement la quantité, mais encore la qualité des alimens. C'est en étudiant la nourriture de l'homme, sous toutes ses faces, qu'on y parviendra. M. Rollfs s'en occupe depuis plusieurs années, et a fait, à ce sujet, sur lui-même et sur d'autres, des expériences qui trouveront peut-être leur place ailleurs.

Considérations sur le diagnostic de l'empyème; par le docteur William Stokes (1).

Malgré tout ce qui a été écrit sur le diagnostic de l'empyème, il n'est aucun praticien qui n'ait senti souvent combien il est difficile, dans certains cas, d'affirmer d'une manière certaine s'il y a ou non collection séro-purulente dans la cavité d'une plèvre. L'importance de ce sujet a décidé le docteur Stokes à publier le résultat de ses recherches; on y trouvera des indications extrêmement utiles.

Les maladies, dit le docteur Stokes, qui peuvent être confondues avec l'empyème, pour les signes physiques, sont les suivantes :

L'engorgement du foie, particulièrement de son lobe droit, donnant lieu au refoulement en haut du diaphragme.

L'hépatisation du poumon.

Une hydropéricarde considérable.

---

(1) *Dublin Journal of medical and chemical Sciences.* (Extrait par le D.r G. Richelot.)

Dans la majeure partie des cas, c'est entre ces trois affections et l'empyème que le praticien aura à décider.

Avant tout, si nous comparons les deux côtés de la poitrine, nous trouverons que le diagnostic de l'empyème offre beaucoup moins de difficultés quand il existe dans la cavité gauche. En effet, 1.° si l'épanchement est un peu considérable, nous trouvons un symptôme remarquable et presque pathognomonique, le déplacement du cœur, dont souvent alors on perçoit les pulsations à droite du sternum. Dans le cas, au contraire, où le déplacement du même organe serait causé par un empyème du côté droit, comme il n'aurait lieu que lorsque l'épanchement serait très-considérable, et comme il se ferait dans la direction de la situation habituelle du cœur, ce symptôme serait beaucoup moins frappant, et il peut même être complètement méconnu.

2.° L'augmentation d'ampleur du côté gauche a bien plus de valeur que celle du côté droit, car, presque toutes les fois qu'il y a défaut de symétrie entre les deux côtés de la cavité thoracique, c'est le côté droit qui l'emporte sur l'autre; de telle sorte que la prédominance du côté gauche est bien plus significative, de même que la bronchophonie du même côté, à cause de la plus grande résonnance ordinaire du côté droit.

3.° Du côté gauche, on a de moins l'embarras causé par la possibilité d'une affection du foie. Le volume de la rate étant beaucoup moindre, son développement n'a que peu d'influence sur les organes respiratoires, et même il se fait le plus souvent aux dépens de la cavité abdominale. Le docteur Stokes reconnaît du reste qu'il y a des exceptions à cette règle.

Empyème du côté droit. — Le docteur Stokes pense que les auteurs ne se sont pas assez appesantis sur les difficultés qui entourent le diagnostic de cette affection. Il a vu des cas *nombreux* où, à l'autopsie, le foie était trouvé *non*

engorgé, mais seulement déplacé par un empyème dont l'existence avait été complètement méconnue pendant la vie. Cette méprise est facile à comprendre, car il y a beaucoup de ressemblance entre les symptômes d'une pleurite chronique et ceux d'une hépatite chronique. Le malade accuse de la douleur et une sensation de pesanteur dans la partie inférieure du côté droit; il y a une toux sèche; il peut y avoir une teinte ictérique; il y a une tumeur dans l'hypochondre droit, et une dilatation du même côté de la poitrine. Tous ces symptômes appartiennent également aux deux maladies. La même difficulté existe quant aux signes physiques les plus évidens. Dans les deux cas le son est mat à la partie inférieure du côté droit, la respiration est faible, ou ne s'entend point; il n'y a point de résonnance de la voix, etc. Voici comment le docteur Stokes cherche à applanir ces obstacles.

Supposons un malade qui présente le groupe de symptômes suivans: côté droit dilaté; sensation de pesanteur dans cet endroit; tumeur évidemment formée par le foie, dans l'hypochondre droit; dans la partie inférieure du côté droit de la poitrine, tant en avant qu'en arrière, matité, absence de bruit respiratoire, de respiration bronchique et de résonnance de la voix. Si ces symptômes sont dus à un engorgement du foie, on trouvera les circonstances suivantes:

1.° Malgré la dilatation du côté, les espaces intercostaux et les côtes sont dans leurs rapports ordinaires, et l'on observe *une dilatation manifeste, avec persistance des cavités ou espèces de gouttières qui indiquent les espaces intercostaux.* Cette circonstance contraste vivement avec l'aspect arrondi et égal de la poitrine dilatée par un empyème.

2.° Si la tumeur de l'hypochondre est due au développement du foie, elle offre une surface continue et une résistance non interrompue, depuis sa partie la plus saillante

jusqu'à l'endroit où l'on cesse de pouvoir la suivre sous les côtes, dont le bord inférieur semble déjeté en dehors. Si, au contraire, le foie n'est que déplacé, on trouve *entre sa portion la plus convexe et le rebord des fausses côtes, un sillon, appréciable à la vue et au toucher, où la résistance est moindre, et qui résulte évidemment du contact de deux corps convexes, la région supérieure du foie, et la surface inférieure arrondie du diaphragme refoulé en bas.*

Chez un malade observé par le docteur Stokes à l'hôpital de Meath, et qui était atteint d'empyème du côté droit, ce sillon était très-marqué. Pendant la guérison, à mesure que la sonoréité revenait, la tumeur formée par le foie déplacé diminuait de volume. Le docteur Stokes a produit ce déplacement du foie sur le cadavre, en injectant un liquide dans la poitrine; on peut par ce moyen vérifier à volonté l'assertion du médecin de Dublin.

Dans des cas de simple déplacement du foie, le volume de la tumeur ne dépasse jamais celui qui appartient ordinairement au foie. On peut s'en assurer par la mensuration et par le plessimètre. Dans un seul cas le docteur Stokes put vérifier le diagnostic d'un empyème compliqué d'engorgement du foie. Les signes d'empyème ne laissaient aucun doute, en particulier, la matité qui existait à la région sternale; mais le volume de la tumeur abdominale était tellement au-dessus du volume ordinaire du foie, qu'on ne pouvait hésiter à affirmer que cet organe était tuméfié. L'hydrothorax se fit jour au dehors, à la suite d'un anthrax énorme qui se développa dans la partie postérieure et inférieure de la poitrine, et le malade mourut après une abondante évacuation de liquide, et la formation d'un pneumo-thorax. Le foie avait près de trois fois son volume ordinaire.

On peut encore s'appuyer, dans certains cas, sur cette circonstance que, lorsqu'il existe un empyème assez con-

sidérable pour dilater la poitrine et déplacer le foie, la portion droite du diaphragme ne s'abaisse plus dans une grande inspiration, et par le défaut d'expansion pulmonaire, et parce qu'il a déjà, non seulement atteint, mais même dépassé les limites de sa contraction; *le diaphragme est devenu convexe en bas d'une manière permanente.* Dans les cas de tuméfaction du foie, on obtient des phénomènes contraires; ainsi souvent, *lorsqu'il y a de la matité à la région postérieure et inférieure de la poitrine du côté droit, pendant que le malade respire tranquillement, le son devient clair au même endroit, quand il fait une profonde inspiration.* Dans l'empyème, la contraction du diaphragme du côté malade (si cette contraction peut avoir lieu) doit avoir pour effet d'augmenter l'étendue de la matité à la partie postérieure de la poitrine; et par conséquent d'augmenter la sonoréité en haut. Au contraire, lorsqu'il y a tuméfaction du foie, la contraction du diaphragme diminue l'étendue de la matité, et donne lieu à une augmentation de la sonoréité en bas. Cette remarque devient sans valeur pour les cas où l'abaissement du foie est empêché par la distension des intestins. Ici l'indication est évidente.

Enfin, on trouve un moyen de diagnostic différentiel entre l'empyème et la tuméfaction du foie, dans le mode de déplacement du cœur, quand ce déplacement existe. Dans l'empyème, la pression exercée sur le cœur étant latérale, et le foie étant abaissé, le cœur est porté à gauche seulement et non en haut. Dans le développement du foie, au contraire, cet organe est poussé de bas en haut; le docteur Stokes a vu des cas où le cœur battait au niveau de la troisième côte.

Parmi les moyens de diagnostic qui viennent d'être indiqués, les deux plus importans, *l'état des espaces intercostaux* et la *tumeur hépatique* peuvent n'offrir aucune lumière chez les sujets très-gras ou atteints d'anasarque, et même quand il y a complication d'engorgement du foie; mais ces cas sont rares.

Empyème de l'une et l'autre plèvres. Si, en appliquant la main sur la poitrine, et prescrivant au malade de parler avec une force suffisante, on perçoit une forte vibration des parois du thorax, on pourra affirmer qu'il n'y a pas empyème. Ce signe, qui ne peut servir à faire distinguer l'empyème des tumeurs formées par les viscères abdominaux, aidera à le distinguer des autres maladies de la poitrine. Il reste encore à chercher jusqu'à quel point des adhérences, assez étendues pour produire la respiration bronchique, peuvent modifier ce résultat.

Le docteur Stokes a retrouvé d'une manière évidente le *bruit de frottement* décrit par Laënnec, et attribué par cet auteur au frottement des deux feuillets de la plèvre, l'un contre l'autre, dans un état pathologique. Le premier cas où il l'ait observé est celui d'un homme qui entra à l'hôpital avec un abcès scrofuleux à la base du sternum, et tous les symptômes d'un empyème abondant de la plèvre droite, résultat évident d'une inflammation chronique. Il y avait déplacement du foie et du cœur, dilatation du côté droit de la poitrine, convexité des espaces intercostaux, absence de respiration, matité complète. Le malade se rétablit promptement sous l'influence d'un traitement révulsif. La sonoréité reparut, et en même temps on commença à percevoir un bruit de frottement très-manifeste, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine. En plaçant la main sur la partie postérieure et inférieure de la poitrine, on sentait très-bien le frottement de deux surfaces inégales, lorsque le malade respirait profondément. La sensation était perceptible au malade lui-même. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparurent graduellement, et cet homme sortit guéri. Le docteur Stokes a vu depuis plusieurs autres cas analogues.

Ce phénomène est utile, comme indiquant la résorption de l'épanchement, et par conséquent la marche favorable de la maladie. Il permet aussi de suivre l'organisation de

la fausse-membrane. Il est clair en effet que la diminution ou la cessation du bruit de frottement ne peut arriver que dans deux cas : 1.° lorsque l'épanchement se reproduit et éloigne l'un de l'autre les deux feuillets de la plèvre; 2.° lorsque la lymphe s'organise. Cette dernière circonstance a lieu, lorsqu'en même temps que le bruit de frottement disparaît, la sonoréité de la poitrine persiste.

Quand un poumon offre une fermeté anormale, soit par une pneumonie, soit par la présence de tubercules, la partie du thorax qui correspond à la maladie donne un son mat. Mais comme dans l'induration pulmonaire, quelqu'étendue qu'elle soit, il n'y a aucune augmentation de volume, il en résulte que la moitié du sternum qui répond au côté malade donne un son mat, tandis que l'autre donne un son clair; dans l'empyème, au contraire, lorsqu'il est considérable, on trouve la matité non-seulement sur toute la région sternale, mais même au-delà, à cause du refoulement du médiastin antérieur.

Le docteur Stokes termine ces réflexions en attirant l'attention sur les cas où un empyème coïncide avec une rétraction du côté malade, dès le commencement. Il cite les deux faits suivans dont le premier lui appartient, et le second lui a été communiqué par le docteur William Hamilton.

Dans les deux cas, la maladie avait été causée par une lésion traumatique de la cavité thoracique. Dans le premier, le malade avait reçu à la région inter-scapulaire gauche, une balle qui avait perforé le poumon, et s'était logée en avant près de l'insertion du diaphragme. Il souffrit une douleur excessive et, de plus en plus forte, depuis le moment de l'accident jusqu'à sa mort qui eut lieu un peu plus de quinze jours après. Les plus légers efforts pour le redressement du côté déterminaient de telles souffrances, qu'il se tenait constamment incliné du côté gauche. Quand le docteur Stokes le vit, le côté malade avait près de deux

pouces de moins que l'autre. D'après cette circonstance et celle d'une respiration bronchique dans la portion postérieure et inférieure du thorax, on hésitait à admettre l'existence d'un empyème. Mais le docteur Stokes diagnostiqua cette maladie, en s'appuyant sur le déplacement du cœur qui battait fortement à droite du sternum. L'opération fut pratiquée, mais l'opérateur, trompé par la rétraction remarquable du côté, pénétra au-dessous du diaphragme. Le malade mourut le lendemain. On trouva une vaste collection de pus dans la plèvre gauche, qui était tapissée dans une grande étendue par une couche de lymphe coagulable. La balle avait traversé le poumon de haut en bas et d'arrière en avant; son trajet était considérablement dilaté par l'épanchement, et était aussi tapissé par une couche de lymphe.

Dans le cas observé par le docteur Hamilton, le malade avait une fracture des quatrième, cinquième et sixième côtes; la douleur du côté était extrême, et empêchait de redresser le tronc. Après vingt-quatre heures de souffrances, cet homme présenta les signes stéthoscopiques d'un empyème abondant. Il guérit, mais pendant tout le temps de la maladie le côté malade fut rétracté.

De la sacro-coxalgie; par Hahn (1).

L'auteur débute par quelques considérations sur la structure spongieuse des os du bassin, et sur la tendance, plus marquée que dans les os compactes, à l'inflammation et à la suppuration, qui résulte de cette structure; sur le *périoste aponévrotique*, épais et solide, qui recouvre le sacrum et les os iliaques, et dont les prolongemens constituent les forts ligamens qui unissent ces os; sur l'obstacle

(1) Extrait de l'*Allgemeine medizinische Zeitung*, octobre 1833; par le docteur Chambeyron.

que cette enveloppe fibreuse apporte à la sortie du pus formé dans l'os iliaque, obstacle tel que souvent, avant qu'il ait pu être vaincu, la résorption du pus s'est déjà opérée; sur la mobilité remarquable des trois articulations pelviennes; enfin, sur les diverses altérations auxquelles ces articulations sont exposées, savoir : 1°. l'afflux des liquides blancs dans les ligamens articulaires vers la fin de la grossesse, le relâchement de ces ligamens, et les phénomènes divers qui en dépendent; 2°. l'affaiblissement et l'excessive mobilité des articulations pelviennes dans certains cas accidentels, cités par Deventer et par l'Héritier, affaiblissement et mobilité qui peuvent être portés au point que l'os coxal suive le fémur dans ses mouvemens, comme l'omoplate suit l'humérus; 3°. l'inflammation chronique et la suppuration du cartilage de l'articulation sacro-iliaque. Cette dernière affection a été superficiellement décrite, ou même entièrement omise par les pathologistes; l'auteur a eu l'occasion de la voir trois fois en cinq ans.

Suivant lui, la maladie consiste, soit en une inflammation du tissu spongieux, éminemment vasculaire de l'os sacrum, ou de l'os iliaque, ou de tous les deux : inflammation qui s'étend secondairement aux ligamens et aux cartilages, et les détruit par l'ulcération, soit en un gonflement inflammatoire primitif du cartilage et des ligamens eux-mêmes. Dans ce dernier cas le gonflement peut dépendre de la sécrétion trop abondante et de l'accumulation de la lymphe épaisse qui existe, chez les jeunes sujets, entre les lames cartilagineuses. Cette lymphe ulcère le cartilage, le détruit en totalité ou du moins en partie, et occasionne secondairement la carie de l'os sacré et de l'os innominé.

Je passe rapidement le paragraphe intitulé *synonymie*, et je conserve, avec l'auteur, le nom de sacro-coxalgie, adopté par M. Larrey.

Causes prédisposantes. Diathèse rhumatique, arthritique, scrofuleuse; syphilis, onanisme; répercussion d'ex-

anthèmes, suppression de la transpiration habituelle des pieds, etc.

Causes occasionelles. Violens efforts musculaires en luttant, en faisant des armes, en soulevant des fardeaux; coups, chutes, sauts d'un lieu élevé, décubitus sur la terre humide, attitude habituelle des tailleurs, (les jambes croisées et le corps porté en avant). Les trois individus, observés par Hahn, étaient tailleurs, et adonnés à l'onanisme.

Rien sur l'influence des sexes, des âges, des climats. La symphyse sacro-iliaque gauche est plus souvent affectée que la droite.

Le diagnostic, ou plutôt les symptômes sur lequel il se base, varient suivant les diverses périodes de la maladie; elles sont au nombre de quatre.

La première est caractérisée seulement par une douleur gravative, ou pongitive et fugace, dans la hanche ou dans la région lombaire; le malade y fait peu attention et se croit affecté d'un léger rhumatisme. Le soir pourtant la douleur devient plus vive, et la marche plus difficile. Il se manifeste quelquefois, pendant le jour, un besoin inexprimable d'étendre la colonne vertébrale; en y cédant, on se procure un soulagement momentané. Ces phénomènes se succèdent à des intervalles d'abord éloignés qui, chaque jour, se rapprochent de plus en plus. L'altération de la santé générale est nulle ou insignifiante.

Dans la seconde période, la difficulté de la marche se transforme en une véritable claudication, analogue à celle qu'on observe chez plusieurs femmes vers le terme de la grossesse, et plus marquée le soir que le matin. La douleur n'a guère plus d'intensité que dans la première période, mais elle s'étend à la cuisse, et augmente par la pression exercée d'avant en arrière, ou de dehors en dedans sur l'os coxal. De temps en temps le malade éprouve de l'engourdissement dans le membre du côté affecté. *Le voisi-*

nage du bord postérieur de l'os des îles est enflé, saillant, et douloureux à la pression. Le décubitus sur le côté malade est impossible, lors même qu'il était habituel auparavant. Dans la station, le poids du corps se porte toujours sur le membre sain; celui du côté malade est un peu plus écarté de l'autre qu'à l'ordinaire, le genou un peu fléchi, la pointe du pied dirigée précisément en avant, jamais en dedans ni en dehors; on observe la même direction du pied dans la marche. La fesse est aplatie, et le pli qui la sépare de la cuisse est plus profond. L'extrémité malade est plus grêle, plus longue que l'autre, mais la distance du grand trochanter à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles est toujours la même. La crête iliaque est située plus bas et plus en dehors qu'à l'ordinaire; la tubérosité ischiatique est également plus basse et plus éloignée de l'anus. Ces derniers symptômes sont moins prononcés le soir que le matin, après la marche qu'après le repos, quand l'affection a son siége primitif dans les cartilages; le contraire a lieu quand c'est par la substance spongieuse des os que la maladie a commencé.

L'alongement du membre inférieur du côté malade persiste quelquefois pendant toute la durée de la maladie; d'autres fois, vers la fin de la seconde période, il survient un raccourcissement très-prononcé, dans lequel la distance du grand trochanter à l'épine iliaque ne varie pas; mais la crête iliaque est plus rapprochée des fausses côtes, le membre malade est toujours écarté de l'autre plus que dans l'état normal, et, dans la marche, la plante du pied pose tout entière sur le sol; l'extension du membre ainsi raccourci est assez facile et peu douloureuse.

Quand ce racourcissement n'a pas lieu, l'alongement augmente de jour en jour, ainsi que la claudication qui en résulte. La marche devient de plus en plus difficile à cause de l'accroissement de la douleur, de la faiblesse et de l'engourdissement. Toutefois les mouvemens, soit actifs, soit

passifs, et même la rotation en dedans, ne sont pas douloureux quand le poids du corps ne porte pas sur l'extrémité malade.

Les symptômes généraux de la seconde période se réduisent à quelques accès passagers de fièvre, quand le malade s'est fatigué pendant le jour.

Dans la troisième période, le gonflement situé en arrière de l'os des îles devient plus marqué, plus mou, et l'on commence à y sentir de la fluctuation; un abcès par congestion se forme au-dessus et en arrière du grand trochanter, dans le voisinage de la tubérosité ischiatique, ou même dans le pli de l'aîne. Le déplacement de l'os coxal, soit en haut, soit en bas, et le raccourcissement ou l'alongement du membre sont constans, et s'aperçoivent également à toutes les époques de la journée. L'aplatissement de la fesse et l'amaigrissement du membre se tranchent davantage. La marche est aussi pénible le matin que le soir. Le décubitus sur le côté malade est impossible, tant il est douloureux. Le malade se couche sur le dos, en fléchissant la cuisse du côté affecté; et s'il se place sur le côté sain, il tient le genou malade écarté de l'autre, soit avec la main, soit au moyen d'un autre point d'appui. Dans la station et dans la marche, l'écartement des deux jambes devient de plus en plus sensible, et la pointe du pied est tournée légèrement en dedans. L'alongement du membre, quand il existe, est facile à démontrer en faisant tenir le malade debout, le pied sain placé sur le bord d'une escabelle, et le membre affecté pendant. La fièvre acquiert plus d'énergie et de violence.

Dans la quatrième période, la peau qui recouvre l'abcès par congestion s'amincit, rougit et s'ouvre. Le pus se fraye un passage à travers les muscles de la cuisse, et fuse quelquefois jusqu'au genou. Le malade ne peut plus marcher sans béquilles. L'état de la hanche, celui de la fesse et du membre inférieur sont les mêmes qu'à la fin de la troisième

période ; les mouvemens passifs ne sont pas douloureux quand le poids du corps porte sur l'extrémité saine.

Les progrès de la maladie, dans ces deux dernières périodes, sont lents mais continus; la mort par consomption termine la scène; cette issue funeste est plus prompte quand, pour avoir méconnu la nature de l'abcès, on commetla faute de l'ouvrir.

A l'autopsie des individus morts dans la quatrième période, on trouve les parties cartilagineuses détruites, les surfaces articulaires cariées, et quelquefois réunies par un commencement de soudure.

Telle est la description donnée par l'auteur; je l'ai traduite presque textuellement. Je serai moins scrupuleux pour les passages suivans dans lesquels il reprend un à un les symptômes qu'il a notés, et les explique, par la conformation des parties et le siége primitif de la maladie, de manière à laisser en doute si la théorie a précédé l'observation des faits, ou si au contraire elle n'en est que la conséquence. Je crois la probité scientifique beaucoup plus commune qu'on ne le dit, surtout en Allemagne, mais je pense qu'on se laisse quelquefois abuser par la tendance naturelle de l'esprit humain à la spéculation.

La sacro-coxalgie, dit M. Hahn, peut être confondue avec quelques autres maladies.

Quelquefois l'articulation sacro-iliaque est si lâche que l'os coxal est mobile dans une certaine étendue et dans toutes les directions. Cette mobilité a été observée par un grand nombre de médecins; mais ici l'alongement du membre alterne rapidement avec le raccourcissement, tandis qu'il est permanent dans la seconde période de la sacro-coxalgie. L'auteur aurait pu ajouter que dans le cas qu'il cite la mobilité doit être égale des deux côtés, et qu'il y a absence de douleur.

Le siége de la douleur, la démarche plutôt traînante que

boîteuse, distinguent la première période de la fémoro-coxalgie de celle de la sacro-coxalgie.

Dans la seconde période, la saillie du grand trochanter sans écartement de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal, la hauteur égale des deux tubérosités ischiatiques, et des crêtes iliaques, etc., font reconnaître la fémoro-coxalgie.

Dans la troisième période de la fémoro-coxalgie, le raccourcissement est brusque si la tête du fémur échappe de la cavité cotyloïde; il est plus lent si l'une ou l'autre de ces deux parties osseuses est détruite par la carie. Mais le grand trochanter se rapproche de la crête iliaque; divers symptômes se font remarquer suivant que la luxation a lieu en avant ou en arrière; le moindre mouvement, actif ou passif, cause de vives douleurs; enfin, dans les cas rares où la tête du fémur se loge au-devant du trou ovale, la position du grand trochanter et la direction du pied et du genou préviennent toute erreur.

Ce n'est guère que par la marche de la maladie qu'on peut distinguer la sacro-coxalgie de la claudication congéniale, décrite par Paletta, laquelle dépend d'un vice de conformation de l'articulation coxo-fémorale, d'où résulte le raccourcissement du membre.

La sciatique se distingue par l'acuité de la douleur qu'augmente la pression exercée dans la fosse trochantérienne ou sous le ligament de Poupart.

Est-il nécessaire de rappeler ici avec l'auteur, les signes différentiels du rhumatisme des muscles qui avoisinent l'articulation sacro-iliaque, ceux des tumeurs inflammatoires, sarcomateuses, stéatomateuses, situées dans la même région, enfin, ceux de l'inflammation et de la suppuration des muscles psoas?

Quant au pronostic, la sacro-coxalgie n'est susceptible d'une guérison complète que dans la première période; dans la seconde et la troisième il faut nécessairement qu'il

y ait ankylose, (ce qui n'est pas un grave inconvénient pour l'articulation dont il s'agit). Quand la carie est survenue la mort est inévitable.

Les *anti-scrofuleux*, les *anti-rhumatiques*, les *anti-arthritiques*, les *anti syphilitiques*, le rétablissement des fonctions suspendues de la peau, les bains froids ou chauds, le repos absolu; tel est le traitement à suivre.

Comme moyens locaux on conseille les sangsues, les scarifications, les frictions mercurielles, les onguens irritans, les emplâtres fondans, les dérivatifs, tels que les cautères, les moxas, les sétons, le cautère actuel.

Le travail du docteur Hahn me semble porter avec lui ses conclusions; je m'abstiendrai donc de toute réflexion critique.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

NOUVELLE MEMBRANE DANS L'ŒIL HUMAIN; *découverte par le Dr G. P. Poggi.* — L'auteur voulant exprimer par un nom particulier que cette membrane appartient à-la-fois à la choroïde et à l'iris, l'appelle *Idiachoroïridienne* (idiachoroïride). Elle est située derrière la sclérotique, entre cette enveloppe fibreuse de l'œil et la choroïde, plus adhérente à cette seconde membrane qu'à la première. Son étendue est presque égale à celle de ces membranes, offrant deux ouvertures, l'une postérieure, très-étroite, dont la forme et les dimensions ne sont pas encore exactement déterminées; l'autre antérieure, toujours circulaire, et aussi large que l'ouverture de la sclérotique qui reçoit la cornée. La membrane idiachoroïridienne est beaucoup plus fine et d'un tissu plus rare en arrière que dans le reste de son étendue: elle augmente sensiblement d'épaisseur en devenant plus antérieure, de sorte qu'elle a presque une ligne, et présente une consistance pulpeuse et tenace à sa terminaison, près du contour de l'ouverture de la sclérotique, où son bord est taillé en biseau. Cette membrane a la texture des membranes celluleuses. Elle est translucide, villeuse, et non lisse: un grand nombre de ramifications capillaires sanguines et lymphatiques la parcourent, ainsi que des filamens nerveux. Sa couleur est d'un blanc sale quand on l'observe sur le cadavre peu d'heu-

res après la mort ; plus tard, elle offre une teinte noirâtre plus ou moins foncée. Elle a une certaine consistance, et supporte une légère distension dans le cadavre frais, tandis qu'elle devient molle et sans consistance quand la mort date déjà de quelque temps.

Cette membrane appartient à-la-fois à la classe des membranes séreuses et à celle des muqueuses. Le docteur Poggi l'a trouvée dans l'œil de plusieurs animaux domestiques, où elle offre des variétés, particulièrement chez le chat. Ses recherches lui ont fait découvrir en même temps que, chez cet animal, chez le bœuf et dans plusieurs autres, l'union de la cornée avec la sclérotique n'a pas lieu de la même manière que chez l'homme. Chez ce dernier la cornée est reçue, dit-il, dans une sorte de rainure de la sclérotique, de la même manière que le verre d'une montre est enchâssé dans le cercle qui l'entoure. Chez ces animaux c'est au contraire la sclérotique qui est reçue dans un écartement des lames de la cornée.

Suivant le docteur Poggi, la membrane *Idiachoroïridienne* est susceptible d'inflammation, d'où résultent des adhérences plus ou moins étendues entre elle et les membranes qu'elle touche; un épanchement séro-muqueux, l'épaississement et l'induration du tissu de cette membrane, altérations signalées depuis long-temps par plusieurs ophthalmologistes, mais qui ont été attribuées à la phlegmasie de la choroïde, ces auteurs n'ayant pas soupçonné l'existence de la membrane *Idiachoroïridienne*. Après avoir montré qu'aucun anatomiste n'avait parlé de cette membrane, le docteur Poggi lui assigne pour usage de servir de soutien aux artères et aux nerfs ciliaires pour leur distribution dans les parties où ils se rendent; aux veines et aux lymphatiques qui en partent; enfin, par la saillie que cette membrane forme en avant de contribuer à l'application immédiate de la choroïde contre la circonférence du crystallin. (*Della idiacoroiride nell'occhio umano.* Pavie, 1833, avec fig. — Extr. dans les *Annali univ. di Med.*, novembre 1833.)

Expériences sur la coloration du sang et sur les gaz qu'il contient; *par M. G. H. Hoffmann.* — Les questions que l'auteur a cherché à résoudre au moyen des expériences qui font le sujet de ce Mémoire sont les suivantes :

1.° Le gaz acide carbonique peut-il rendre le sang noir?

2.° Le sang contient-il des gaz non-combinés? et quelle est la nature de ces gaz?

3.° Un sel neutre, sans l'intermédiaire de l'air atmosphérique, ou ce dernier sans le concours d'un sel, peut-il rendre à du sang noir la couleur rouge?

4.° Pourrait-on, à l'aide de la machine pneumatique, extraire du sang tout le gaz non-combiné qu'il contiendrait.

5.° Enfin, quelle est l'action de plusieurs gaz sur la matière colo-

rante du sang combinée avec la proportion normale de matières salines et avec un excès de ces dernières ?

1.° Le docteur Stevens, auquel on doit des recherches intéressantes sur les causes de la coloration du sang, est arrivé à ces deux résultats principaux : Que tous les acides rendent noir le sang rouge, et que la présence d'un acide est la cause de la couleur noir du sang veineux. Ces résultats ont été attaqués dans le journal *the Lancet*; l'auteur de l'article assure, d'après des expériences qui lui sont propres, que l'acide carbonique ne noircit pas les dissolutions de matière colorante du sang étendues d'eau. Mais il est évident que ce résultat n'infirme en rien la conclusion de M. Stevens; car la question n'est pas de savoir si l'acide carbonique peut noircir l'hématosine délayée dans de l'eau, mais bien si cet acide est ou n'est pas la cause de la couleur noire du sang veineux. C'est pour décider cette question importante que M. Hoffmann a entrepris la première série de ses expériences. Pour ne laisser aucun doute sur les résultats, l'auteur a employé du sang veineux dans son état naturel, autant toutefois que le permettait la nature de ce liquide.

En agitant du sang veineux dans un vase de verre avec de petites pierres anguleuses, il obtint la coagulation de la fibrine, et le liquide restant, qui consistait en matière colorante suspendue dans le sérum, transvasé et agité avec de l'air atmosphérique, prit une belle teinte vermeille. Il fit passer, avec toutes les précautions convenables, un courant de gaz acide carbonique à travers une portion de ce liquide, dont la couleur devint de plus en plus foncée et finit, au bout de quelques secondes, par devenir aussi noire que celle du sang veineux; mais au moyen de l'agitation avec de l'air atmospbérique, le liquide reprit bientôt la teinte vermeille qu'il présentait auparavant. Cette expérience répétée un grand nombre de fois, avec le même sang et avec une solution naturelle de matière colorante dans le sérum, mais étendue de partie égale d'eau, donna exactement le même résultat.

La seconde série d'expériences faites par M. Hoffmann, avait pour but de savoir si le sang, en passant du rouge au noir, absorbe du gaz acide carbonique; si ce liquide, en subissant le changement inverse, se dépouille d'une partie de ce gaz, et enfin, si dans ce cas il absorbe de l'oxygène.

En plaçant sous le récipient d'une bonne machine pneumatique une dissolution naturelle de matière colorante dans le sérum, saturée d'acide carbonique, et par conséquent noir, qu'il avait laissé exposée à l'air pour permettre à tout le gaz libre de se dégager, l'auteur, au moment où le vide fut complet, apperçut une très-petite bulle de gaz s'échapper du liquide; et il obtint le même résultat avec une solution semblable, mais saturée d'air atmosphérique.

Quelque peu apparens que soient ces résultats, M. Hoffmann les

regarde comme concluans; car, dit-il, on ne saurait douter que ces dissolutions ne continssent des gaz, et même en quantité beaucoup plus considérable que ne semblerait le faire supposer le résultat des expériences directes. En effet, tout le monde sait aujourd'hui que l'action de la machine pneumatique, quelque puissante qu'elle soit, est insuffisante pour extraire complètement du sang les gaz qui y sont contenus. Les recherches de M. Dutrochet sur l'endosmose, et les belles expériences du docteur Mitchell sur le pouvoir qu'ont les fluides de se pénétrer, et enfin le fait bien constaté de la force immense avec laquelle le charbon nouvellement brûlé absorbe quelques-uns des gaz, ne laissent aucun doute à cet égard. Le docteur Mitchell a démontré que certains gaz se pénètrent mutuellement avec une force égale bien certainement à deux atmosphères, et qui peut-être va jusqu'à quarante. Il est vrai que ni M. Dutrochet, ni M. Mitchell n'ont mesuré le degré de force d'attraction entre les gaz et les liquides ; cependant il est probable que, comme les liquides s'attirent avec une force de quatre et demi, et que comme le pouvoir de pénétration mutuelle des gaz est égale à plus de deux atmosphères, les gaz et les liquides doivent s'attirer avec une force supérieure à un. Il est donc évident, d'après ces données, que par le moyen de la pompe pneumatique, il n'est possible d'extraire du sang que la portion de gaz qui y est suspendue mécaniquement, ou qui dépasse le point de saturation du liquide.

D'un autre côté, les expériences du docteur Mitchell sur l'action réciproque des gaz et des liquides les uns sur les autres, prouvent que bien qu'un gaz puisse pénétrer les cavités moléculaires d'un liquide, pour lequel il n'a aucune affinité chimique, il les abandonnera cependant avec une extrême facilité pour se mêler à tout autre gaz dont on viendrait à imprégner le liquide.

C'est sur ce principe que M. Hoffmann a basé les expériences qu'il a faites pour constater s'il y a réellement absorption d'oxygène et dégagement d'acide carbonique dans les changemens de couleur que subit le sang.

Une solution de matière colorante dans le sérum, saturée d'acide carbonique et placée pendant cinq minutes sous le récipient de la machine pneumatique, fut agitée fortement avec de l'air atmosphérique. Une partie du gaz fut absorbée, et celui qui restait troublait l'eau de chaux.

Il y avait donc eu dégagement d'acide carbonique; donc le sang contenait avant l'expérience du gaz acide carbonique qui avait résisté à l'action de la pompe pneumatique. L'expérience répétée avec de l'hydrogène pur donna un résultat absolument semblable.

La même expérience faite dans des conditions inverses, c'est-à-dire avec une dissolution saturée d'air atmosphérique et agitée avec de

l'acide carbonique, donna pour résultat un dégagement d'oxygène. Enfin, du sang veineux tiré d'une veine du bras et reçu dans un flacon contenant de l'hydrogène pur, avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher le contact de l'air atmosphérique, donna, par l'agitation avec l'hydrogène une exhalation très-considérable d'acide carbonique.

Une autre série d'expériences faites par M. Hoffmann, pour savoir si le gaz oxygène possède la propriété de rougir le sang, positivement ou négativement, en déplaçant la cause de sa couleur noire, l'acide carbonique, et en permettant ainsi à la matière saline du sérum de le transformer en sang artériel, ont donné les résultats suivans :

Du sang artériel pur, coagulé et coupé par morceau avant que le sérum ait eu le temps de s'en séparer, fut trouvé d'une belle couleur rouge dans toute sa masse. Mais après que le caillot, en revenant sur lui-même, eut expulsé une certaine quantité de sérum, on observa qu'il ne conservait sa teinte rouge que dans les parties en contact avec le sérum, et que l'intérieur avait pris une teinte noire. Mais comme dans cette expérience le caillot, en se contractant, pouvait se débarrasser aussi bien de l'air qu'il contenait que du sérum, d'autres recherches étaient nécessaires pour arriver à reconnaître quelle est la cause de la couleur rouge du sang, le sérum, ou l'air atmosphérique.

Une portion de caillot de sang veineux, dépouillé autant que possible de sérum, resta noire exposée à l'air atmosphérique. Une autre portion de caillot du même sang qu'on avait rougi, en l'humectant avec du sérum et en l'exposant à l'air, devint noire en quelques instans, en le plongeant dans de l'eau distillée. Exposée de nouveau à l'air, après un séjour de quelques minutes dans l'eau, elle ne changea pas de couleur ; il en fut de même en la soumettant à l'action de l'oxygène pur. Mais, au contraire, elle prit sur le champ une belle teinte vermeille en la plongeant dans une forte dissolution de sel privée d'air par une ébullition prolongée L'expérience répétée avec du sang liquide, noirci au moyen de l'acide carbonique, donna le même résultat.

Une portion de caillot noir plongé dans du sérum et exposé à l'air pendant une heure et demie, devint rouge à la surface. Avec un couteau à cataracte, on enleva en couches très-minces 1000 grains de la surface rouge. La moitié de cette quantité donna à l'analyse 1, 15 grains de matières salines. L'autre moitié agitée pendant une heure et demie dans de l'eau distillée, devint bientôt noire et ne fournit à l'analyse que 0, 85 grains, ou une quantité à-peu-près nulle de matières salines. Suivons maintenant M. Hoffmann dans les recherches qu'il a faites pour constater l'action d'autres gaz sur le sang, et pour s'assurer si un excès de matières salines ne pourrait pas rougir le sang et contrebalan-

cer la propriété que possèdent les gaz acido carbonique et hydrogène de le noircir.

Une dissolution de matière colorante dans du sérum qui avait acquis une teinte rouge vermeille par l'agitation avec l'air atmosphérique, prit une couleur plus brillante encore en y faisant passer un courant de gaz oxygène. Un courant d'azote la noircit au contraire d'une manière sensible, mais pas autant à beaucoup près que l'acide carbonique. Une dissolution noire de matière colorante rougit sensiblement par un courant d'azote. Soumise de la même manière à l'action de l'hydrogène la dissolution rouge devint noire sur le champ. Le même gaz ne produisit aucun effet sensible sur la dissolution noire. En mêlant une dissolution de sel imprégnée d'hydrogène avec une dissolution de matière colorante aussi imprégnée d'hydrogène, cette dernière rougit aussitôt, mais elle redevint noire sous l'influence d'une nouvelle quantité d'hydrogène. Du muriate de soude pulverisé, ajouté à la dissolution noire de matière colorante, lui fit prendre à l'instant une belle teinte vermeille. Cette dissolution rouge avec excès de sel devint tout-à-fait noire en y introduisant de l'acide carbonique; et il ne fut plus possible, ni par une agitation prolongée dans l'air, ni par une nouvelle addition de sel, de lui rendre sa couleur rouge. Ces expériences répétées avec du sous-carbonate de soude et du chlorate de cette même base, ont donné des résultats absolument semblables.

Il suit évidemment de ces faits que, quoique le sel en excès rougisse par lui même la matière colorante, l'oxygène cependant a une action positive pour augmenter la vivacité de la teinte rouge du sang dans lequel il existe une proportion normale de matières salines.

Ces faits peuvent servir à éclairer le traitement du choléra-morbus spasmodique. En effet, les différentes opinions émises sur la physiologie pathologique de cette maladie, paraissent s'accorder sur ce point que, le sang rouge étant le stimulant naturel du côté gauche du cœur, et que dans le choléra tout le sang étant devenu noir, l'indication à remplir est de lui rendre sa couleur rouge. Pour y parvenir on a conseillé l'inspiration de gaz oxygène; mais il est prouvé que l'oxygène seul et sans l'intermédiaire des matières salines ne rougit pas le sang. Or, dans le choléra accompagné de diarrhée, le sang se dépouille très-rapidement de ses sels; donc l'oxygène seul ne saurait être d'aucune utilité. Mais comme ce gaz possède la propriété de rendre plus vive la teinte rouge de la matière colorante, quand elle contient la proportion normale de sel, il s'ensuit naturellement que l'inhalation d'oxygène serait un auxiliaire puissant des injections salines dans les veines, ou de tout autre moyen de rétablir dans la masse du sang la proportion normale de sel.

Quoiqu'il soit jusqu'ici impossible d'expliquer comment le gaz acide

carbonique aveo un excès de sel rend le sang noir d'une manière permanente, et détruit même la propriété dont jouit l'air atmosphérique de faire revivre la couleur vermeille, ce fait cependant mérite de fixer l'attention des physiologistes; en effet, il démontre que, dans les injections salines qu'on a tentées dans les veines des cholériques, il est nécessaire de prendre beaucoup de soin pour ne pas injecter une solution saline trop forte ou trop brusquement pour que le sang, ou une portion au moins de ce liquide, ne devienne pas noir d'une manière irrévocable. D'un autre côté ces recherches semblent jeter beaucoup de lumière sur la pathologie du scorbut maritime. Dans cette maladie le sang est noir; elle se développe après l'usage prolongé de provisions salées, et la guérison a lieu par l'effet d'un régime contraire; c'est-à-dire, par l'emploi des végétaux et des provisions fraîches. En l'absence de preuves directes tirées de l'analyse chimique, on peut regarder comme très-probable que la cause prochaine de cette affection consiste dans la présence d'un excès de sel dans le sang, proportion trop forte pour pouvoir être éliminée par les organes sécréteurs. Or, ce sang avec excès de sel en contact dans les veines avec de l'acide carbonique, deviendrait noir et ne pourrait plus reprendre sa teinte rouge dans les poumons.

Des recherches que nous venons d'exposer, l'auteur conclut:

1.° Que le gaz acide carbonique noircit la matière colorante du sang suspendue dans son propre sérum;

2.° Que l'air atmosphérique et l'oxygène lui rendent sa couleur rouge;

3.° Que de l'acide carbonique existe dans le sang veineux;

4.° Que l'action de la machine pneumatique n'est pas suffisante pour extraire du sang la totalité des gaz qui y sont en suspension;

5.° Que l'air ni l'oxygène, sans l'intermédiaire des matières salines, ne peuvent rougir le sang noir;

6.° Que le *sel* au contraire, sans l'intermédiaire de l'air, lui donne une teinte vermeille;

7.° Que le sang dépouillé de matières *salines* est noir;

8.° Que du sang aveo excès de sel et imprégné d'acide carbonique est noir, et que sa couleur rouge ne peut plus être rétablie ni par l'air, ni par l'oxygène, ni par une nouvelle addition de sel;

9.° Que le gaz oxygène pur ravive la couleur rouge de l'hématosine suspendue du sérum imprégné d'air atmosphérique;

10.° Que l'azote ne possède pas une propriété positive de noircir le sang rouge;

11.° Qu'au contraire l'acide carbonique et l'hydrogène ont cette propriété.

Outre ces conclusions, M. Hoffmann regarde comme très-probable:

1.° Que du gaz oxygène existe dans le sang artériel;

2.° Que l'inhalation de ce gaz peut être, dans quelques cas, avantageuse pour le traitement du choléra ;

3.° Que l'excès de sel dans le sang est la cause immédiate du scorbut de mer.

L'auteur termine enfin son mémoire en faisant remarquer que les résultats par lui obtenus tendent pour la plupart à confirmer la théorie de M. Stevens sur la respiration, et il appelle sur ce point très-intéressant l'attention des physiologistes. (*The London med. Gazette*, mars 1833.)

Pathologie.

Rupture du cœur; *par James Douglas. A. M.* — James Walker, âgé de 67 ans, horloger, entra à l'infirmerie royale de Glasgow le 11 décembre 1833, dans le service du docteur Balmanno.

Depuis quelques années la jambe droite du malade était sujette à l'œdématie, et un mois avant son entrée, ses deux jambes s'étaient enflées considérablement à la suite de l'exposition au froid. Au moment de son admission les jambes, les cuisses, le scrotum et l'anus étaient œdémateux, et gardaient l'empreinte du doigt; la respiration était difficile, mais elle ne l'était pas davantage dans la position horizontale; râle sous-crépitant; expectoration muqueuse; mouvemens du cœur violens et irréguliers; impulsion plus forte qu'à l'état normal; on percevait une pulsation manifeste à plus d'un pouce à gauche du mamelon, ainsi que dans le lieu ordinaire. Les bruits du cœur s'entendaient sous les clavicules, en arrière à gauche, et avaient beaucoup de force; pouls 100, irrégulier; respiration, 40; selles un peu blanches, régulières; urines rares et fortement colorées.

Diagnostic. — Dilatation considérable avec hypertrophie du cœur; œdème des poumons. Prescription : *olei ricini*, ʒ *vj*; *terebenth.*, ℥ *ij*; *sumat statim. Utatur misturâ scilliticâ in tussim. App. vesicatorium sterno. H. S. habeat T. opii ammoniat.*, ʒ *j*.

Le 12, un peu plus d'urine; quatre ou cinq selles; dyspnée plus forte; pouls à 70, faible et irrégulier. Prescription : *spirit. hordei*, ℥ *vj aquæ*, ℔*j*ß; *saccharri*, *q. s.*; *sumat in die.*

Les selles furent assez nombreuses pendant quelques jours, la dyspnée moins intense, et le 19, sous l'influence de la digitale, l'urine s'éleva à 4 livres. Le 24, le malade tomba dans son lit et expira subitement.

Autopsie le 25. — Le péricarde contenait environ 4 livres de sang en partie coagulé. Enorme dilatation avec hypertrophie des deux ventricules. Au sommet du ventricule gauche on trouva une rupture transversale représentant une fente longue de près d'un demi-pouce. En ouvrant le ventricule, on vit que la membrane interne et la sub-

stance musculaire avaient été détruites par ulcération dans le point correspondant à la rupture, et qu'en cet endroit la paroi du cœur était extrêmement mince. Quelques lambeaux de fibrine étaient situés entre les colonnes charnues autour de l'ulcère. On trouva une tache noirâtre à la surface extérieure de l'organe, à environ trois-quarts de pouce de la rupture. C'était une autre portion de paroi amincie par une ulcération qui communiquait avec la première; la couleur noirâtre était due à du sang extravasé, et la rupture était imminente. On crut qu'en cet endroit les deux ventricules communiquaient ensemble, mais on ne put s'en assurer. Dans les endroits où la paroi du cœur était amincie, on remarqua un épaississement du feuillet cardial du péricarde.

La surface interne de l'aorte présentait de nombreuses dépositions athéromateuses; à la naissance des iliaques primitives elle était presque complètement ossifiée, et l'on trouvait à peine en cet endroit quelques traces de membrane interne. Les poumons étaient œdémateux. (*The Lond. med. and. surg. Journal*, 15 mars 1834.)

Anévrysmes de l'aorte ayant produit d'autres symptomes que ceux qui leur sont propres; *par M. Porter*, de *Dublin*. — Obs. I.re *Anévrysme de l'aorte s'ouvrant dans l'œsophage; symptômes de dysphagie.* — E. Lynch, âgé de 26 ans, entra à l'hôpital de Meath (Dublin), le 19 mars 1833, avec les symptômes suivans: éructations de cinq en cinq minutes, d'un liquide aqueux et spumeux, quelquefois acide ou âcre; difficulté de la déglutition, dont les efforts déterminent une vive douleur et beaucoup d'oppression au bas du sternum, et sont suivis de hoquets et de vomissemens; anorexie; sensibilité à la pression de l'épigastre, constipation. On fit avaler une bouchée de pain au malade; il affirma qu'elle était arrêtée dans l'œsophage; elle ne descendit complètement qu'après l'ingestion d'une grande quantité de petit-lait, et après avoir donné lieu à des phénomènes spasmodiques analogues au hoquet; elle ne fut pas vomie. *La poitrine résonnait bien partout; le stéthoscope ne révélait aucune maladie du cœur ni de l'aorte. Les pulsations du cœur semblaient seulement un peu plus fortes qu'à l'ordinaire, mais on n'entendait aucun bruit anormal.* Respiration *faible*, mais pure, dans la partie supérieure du poumon droit; pouls à 90. Cette série de symptômes existait depuis dix jours; elle avait débuté par de la douleur dans le dos, des élancemens dans la poitrine, et de la constipation. La dysphagie ne s'était manifestée que deux jours avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 21, on introduisit une sonde dans l'œsophage, qui n'offrit aucun obstacle marqué. Il semblait toutefois que l'instrument passait sur une tumeur molle. Application de sangsues à l'épigastre, glace, médicamens opiacés, tels furent les principaux moyens employés dans le cours du traitement.

Le 23, douleur correspondant à l'épine de l'omoplate droite, se renouvelant à de longs intervalles, et le plus souvent à la fin d'une profonde inspiration, il semblait au malade que l'omoplate en ce moment était soulevée. Un vésicatoire diminua l'intensité de ce symptôme.

Le 26, le malade essaya de boire un peu de thé; cet essai fut suivi d'anxiété, de hoquet, et le liquide fut en grande partie rejeté.

Le 27, sensation de pesanteur au milieu de la poitrine; toux fréquente accompagnée de dyspnée. Dans un essai pour boire, il sembla au malade que la gorgée de liquide avalée était emprisonnée en un point de l'œsophage, et ne pouvait plus ni descendre, ni remonter. Cet obstacle suspendit aussi la respiration un instant, et disparut soudainement. Une nausée très-pénible fut suivie de l'expuition d'une petite quantité de mucus légèrement teint de sang. A quatre heures après-midi, toux et vomissemens; le malade rejeta une pinte de sang vermeil, et expira.

Autopsie. — Caillot volumineux dans l'estomac. Un autre caillot, plus gros qu'un œuf de pigeon, faisait saillie dans l'œsophage et n'était recouvert que par la membrane muqueuse; il était situé à trois pouces de l'extrémité cardiaque. La membrane muqueuse était ulcérée en un seul point. La membrane interne de l'aorte offrait une couleur cramoisie ou de carmin très-brillante, interrompue par de petites taches plus pâles. Il y avait trois anévrysmes à des degrés différens. Le plus volumineux correspondait au caillot qui faisait saillie dans l'œsophage; l'ouverture de communication avec l'aorte pouvait admettre le petit doigt. Le second, moins gros, avait le volume d'une noisette; son ouverture de communication avec l'aorte avait le diamètre d'une plume ordinaire. Sa surface intérieure était douce et comme tapissée par la tunique interne de l'aorte; la tunique moyenne de ce vaisseau se terminait brusquement à l'ouverture de communication par un bord celluleux épais; la tumeur semblait avoir pour enveloppe extérieure la tunique celluleuse de l'artère et la plèvre. Le troisième anévrysme était au début; on le reconnaissait à une légère dépression de la tunique interne de l'aorte au centre d'une des taches indiquées. Au-dessous, la tunique fibreuse était amincie et offrait un commencement de résorption (*beginning to be absorbed*). La plus grosse tumeur comprimait l'œsophage au-dessus et en arrière de la bronche droite; cette circonstance rendit compte de la faiblesse observée pendant la vie dans le poumon droit. Les poumons étaient sains. Le cœur était plus pâle et moins ferme qu'à l'ordinaire.

Obs. II.e — *Anévrysme de l'aorte, s'avançant entre l'œsophage et la trachée. — Symptômes de laryngite.* — Le 11 août 1827, M. Porter fut appelé auprès d'un ivrogne, âgé de 24 ans, pour lui faire l'opération de la trachéotomie, à raison de l'existence d'une *angine laryngée*

aiguë. Le malade était soutenu debout sur son lit, les bras étendus, les poings fermés, la poitrine s'élevant convulsivement, le visage pâle et gonflé, les lèvres d'un bleu transparent, les yeux fixes, et le corps entier couvert d'une sueur abondante. La respiration était sonore et laborieuse; mais la trachée, examinée, soit à la région inférieure, soit à la région supérieure du cou, n'offrait aucun mouvement rapide. La pression sur le larynx ne causait aucune douleur; en introduisant le doigt dans l'arrière-bouche, on sentait l'épiglotte qui avait son volume et sa structure normale. Les symptômes duraient depuis sept jours; M. Porter, incertain sur le diagnostic, ne voulut pas pratiquer l'opération demandée. Le malade mourut le jour même, avec tous les symptômes d'une compression cérébrale, produite par la strangulation prolongée.

Autopsie.— Le larynx et la trachée parurent sains. Les poumons ne s'affaissèrent pas autant qu'à l'ordinaire; leurs cellules étaient distendues par une mucosité spumeuse et rougeâtre.

Entre la trachée et l'œsophage, à la base du col, on remarqua une petite tumeur formée par un anévrysme de la crosse de l'aorte, naissant entre la carotide et la sous-clavière gauches, et paraissant embrasser l'origine de ces deux vaisseaux. Le volume de la tumeur égalait celui d'une grosse noix; mais après l'enlèvement du sternum, et dans l'état d'affaissement des parties, il était difficile de juger si la compression exercée par cette tumeur sur la trachée avait été suffisante pour causer la suffocation et la mort. Il n'y avait du reste aucune autre manière d'expliquer l'issue fatale.

La tumeur devait, pendant la vie, exercer une compression sur l'œsophage, et cependant, parmi les renseignemens qui furent donnés à M. Porter, il n'avait pas été fait mention de dysphagie. (*Dublin Journal*; novembre 1833.)

Hypertrophie de la membrane musculeuse de l'estomac; *par Fed. Otto, médecin à Annaberg, en Saxe.*— La science ne possède encore qu'un petit nombre d'exemples d'hypertrophie de la membrane musculeuse de l'estomac. Morgagni, Haller et Baillie n'en parlent pas. Meckel, dans son Manuel d'Anatomie pathologique, rappelle seulement d'une manière générale que, chez les grands mangeurs, les parois de l'estomac ont une épaisseur beaucoup plus grande qu'elle ne l'est dans l'état ordinaire, et qui dépend surtout du développement de la tunique musculeuse. Dans ses additions à l'anatomie générale de Bichat, Béclard ne fait aucune mention de cette hypertrophie, et il parle pourtant de celle de la vessie et du cœur. Parmi les médecins français, le docteur Louis s'est particulièrement occupé de ce sujet, en citant, à l'occasion du cancer du pylore, deux observations d'hypertrophie de la membrane musculeuse de l'estomac, qu'il compare aux parois des ventricules du cœur, offrant ainsi des faisceaux char-

nus qui formaient des reliefs saillans comme les colonnes charnues. Dans ces deux cas il y avait squirrhe du pylore, ce qui a conduit le docteur Louis à se demander si le rétrécissement de cet orifice n'était pas la cause de l'hypertrophie de la tunique musculeuse. Dans le cas suivant, observé par le docteur Otto, il n'y avait ni squirrhe, ni rétrécissement du pylore, circonstance qui vient appuyer l'opinion du docteur Louis, qui pense que ces deux maladies ne peuvent être considérées comme causes l'une de l'autre, attendu, que le squirrhe avec rétrécissement pylorique est assez commun, tandis que l'hypertrophie dont il s'agit est très-rare.

Une femme de 49 ans, d'une constitution grêle, de tempérament sanguin, mère de plusieurs enfans, éprouvait depuis long-temps des chagrins domestiques dont elle chercha à se distraire en se livrant aux plaisirs de la table; de telle sorte qu'elle devint insensiblement d'un appétit vorace. En 1827, elle fut affectée d'une dyspnée périodique avec œdème du pied droit : les règles ne paraissaient plus, elle était amaigrie; toutefois le ventre n'était ni tuméfié ni douloureux à la pression, l'appétit se soutenait, les évacuations alvines étaient régulières, la langue netto; elle ne ressentait ni nausées, ni gargouillemens du ventre, ni hoquet, ni difficulté à digérer. La respiration était facile, hors les accès de dyspnée, les mouvemens du cœur étaient faibles, le pouls régulier, l'air triste et abattu. Le symptôme prédominant était la dyspnée, qui revenait périodiquement tous les soirs, quelquefois au milieu de la nuit, causant à la malade un malaise qu'elle comparait à une boule pesante située dans la partie inférieure du ventre, qui remontait graduellement vers le cœur, et suspendait la respiration. Ces accidens qui duraient six ou huit minutes, se manifestaient toujours long-temps après le repas. Ils augmentèrent graduellement d'intensité, au point d'être accompagnés de délire : dans un de ces accès elle essaya de se pendre. Au commencement de l'hiver, l'amaigrissement fit des progrès rapides, sans que pour cela l'appétit fut diminué, et les digestions pénibles; elle tomba insensiblement dans un tel état de faiblesse qu'elle était forcée de rester couchée, ne pouvant se tenir debout. Le marasme augmenta progressivement, et la malade succomba le 19 décembre 1827.

Autopsie faite dix heures après la mort. — Tous les organes de la poitrine sont sains; le volume du cœur est comparativement plus petit qu'il n'est dans l'état normal. Une cuillerée de sérosité dans le péricarde. Dans l'abdomen, absence de l'épiploon; foie, vésicule biliaire et rato dans l'état naturel. L'estomac, froncé, épaissi spécialement vers le pylore et à la grande courbure qui paraît moins étendue quo la petite, ses vaisseaux vides de sang; sa membrane muqueuse recouverte d'un enduit visqueux, consistant, est mince, translucide, nullement ramollie, et soulevée par de nombreux faisceaux charnus,

de la grosseur d'une plume à écrire, qui s'étendent du grand cul-de-sac au pylore. Il résulte de cette disposition que la cavité de la surface de l'estomac offre l'aspect des cavités du cœur. Au-dessous de ces faisceaux charnus, la tunique musculaire forme une couche d'un demi-pouce d'épaisseur. Le reste du canal intestinal et les voies urinaires sont dans l'état normal.

On voit que dans cette observation il ne s'est présenté aucun symptôme qui put faire soupçonner l'altération remarquable de la tunique charnue de l'estomac. (*Hufelands Journal der practisch Heilkunde*; février 1833).

Introduction accidentelle d'une chauve-souris vivante dans l'estomac; *par le docteur Heymann, de Oldendorf.* — Un pauvre berger des environs d'Oldendorf, habitait une cabane dans laquelle chaque nuit il voltigeait une grande quantité de chauve-souris. Sa femme avait couché près d'elle un de ses enfans, âgé de trois ans, en lui laissant à la main un morceau de pain. L'enfant s'endormit en mangeant, restant la bouche ouverte, et à moitié remplie par le pain qu'il mâchait. Une chauve-souris s'en approche, et pénètre brusquement dans la bouche. Réveillé en sursaut, l'enfant ferme subitement la bouche, et par un mouvement de déglutition involontaire, la chauve-souris est poussée dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Aussitôt surviennent des douleurs excessivement aiguës, des efforts de vomissement et des vomissemens de sang. Ces accidens durent pendant deux heures, et se calmèrent ensuite peu-à-peu. Le médecin, appelé le lendemain, ne voulut pas ajouter foi au récit qui lui fut fait: toutefois il se contenta de prescrire du lait et des boissons mucilagineuses. Au bout de quarante-huit heures, l'enfant rendit par les selles une grosse chauve-souris, enveloppée de mucosités sanguinolentes : elle était comme écrasée dans toute sa longueur, et le poil qui la recouvre était enlevé çà et là. L'enfant fut long-temps souffrant, mais il n'éprouva pas d'autres effets de ce singulier accident. (*Même Journal, même numéro*).

Thérapeutique.

Extirpation d'un ostéo-sarcome du sinus maxillaire; guérison sans récidive. — *Observation communiquée par le docteur Besnier, de Lamballe.* — La femme Langlais, âgée de 45 ans, de la commune de St.-Alban près Lamballe, mère de neuf enfans tous vivans, encore réglée, ressentait depuis environ quatre ans une légère douleur à la joue droite, lorsque, vers la fin de la seconde année, elle s'apperçut que la pommette du même côté était plus saillante. La tumeur devenant de plus en plus volumineuse et se laissant appercevoir en forme de mamelon entre l'intérieur de la joue et le bord alvéolaire supérieur droit, cette femme se décida à consulter les hommes de l'art. Suppo-

sant d'ailleurs que la douleur qu'elle ressentait, ainsi que l'existence de cette tumeur, pouvaient provenir de dents cariées, elle se fit arracher deux molaires qui se trouvaient l'être en effet, mais cela sans aucun soulagement. Divers remèdes furent d'ailleurs conseillés et toujours sans succès. Enfin la tumeur faisant de tels progrès qu'elle gênait la déglutition et menaçait, d'après le dire de la malade, de la suffoquer, elle se décida à se faire opérer. A cet effet elle se rendit à Lamballe pour s'adresser à M. Bonjour, ancien chirurgien major, chirurgien de l'hôpital civil et militaire de cette ville. Cet habile praticien, après avoir observé attentivement cette tumeur, en reconnut bientôt la nature carcinomateuse, et jugea qu'il n'y avait de guérison possible que dans l'opération. Toutefois avant de l'entreprendre il voulut s'entourer de l'avis de ses confrères. Deux furent d'abord réunis en consultation avec lui, MM. les docteurs Lavergne et Bedel. Ces deux confrères ne partageant pas l'opinion du chirurgien, il fut décidé que, l'opération n'offrant aucune chance favorable, on devait renvoyer cette malade, en se contentant de lui prescrire des moyens complètement inertes. Quoi qu'il en soit cette femme insista, ainsi que son mari et l'un de ses frères qui l'accompagnaient, pour que l'opération fût pratiquée, préférant, disait-elle, cette chance douteuse de salut à une mort qui lui semblait sous peu inévitable. Ce fut alors que M. Bonjour songea à nous appeler en consultation, M. le docteur Droguet et moi, pour s'assurer de nouveau s'il n'y avait pas lieu de tenter avec quelqu'espoir de succès une opération. Après avoir pris une connaissance parfaite des antécédens ainsi que de l'état présent de la malade, notre avis fut qu'il valait mieux tenter ce moyen, seule chance de salut, que de l'abandonner à une mort certaine, nous fondant sur cet axiôme bien connu, *melius est anceps experiri remedium quam nullum*.

M. Bonjour ayant fait connaître notre opinion à M. Bedel, celui-ci abandonnant sa première idée, se rangea de notre avis. Voici maintenant de quelle manière cette opération fut pratiquée en présence des docteurs Droguet, Bedel et moi, le 27 août 1829.

Tout étant préparé, la malade assise dans une chaise et tenue par des aides, M. Bonjour fit une incision à la commissure droite des lèvres qui fut dirigée en arrière de l'éminence malaire de l'os maxillaire jusque sur le masséter. Une seconde fut faite à la lèvre supérieure un peu en dedans de la première, et fut dirigée obliquement en arrière et un peu au-dessus de l'aîle du nez. On disséqua le lambeau de l'os maxillaire jusqu'à la partie inférieure de la base de l'orbite; on le renversa sur celui-ci où il fut contenu par un aide; la tumeur fut ensuite cernée avec un bistouri droit dans le contour de la face externe de cet os qu'elle avait envahi presque entièrement, et extirpée; les restes de cette tumeur qui avaient échappé à l'instrument furent détruits à l'aide de cautères rougis à blanc, que l'on fut obligé de porter à dix ou douze

fois différentes, tant pour arrêter le sang qui tombait dans la bouche, lequel provenait principalement des artères sous-orbitaire et palatine supérieure, que pour détruire les moindres racines de cette maladie (1).

Cette opération, qui fut longue à cause de l'exactitude que l'on mit à détruire le dernier prolongement de ce carcinome qui s'étendait vers la fosse zygomatique, fut néanmoins supporté avec un rare courage par la patiente. L'opération terminée, la plaie fut remplie de charpie, le lambeau fut abaissé, le tout fut couvert de compresses et maintenu à l'aide d'une bande et d'une mentonnière. La malade placée dans son lit, nous examinâmes la nature de cette tumeur qui était du volume d'un gros œuf de poule; elle nous parut n'avoir aucune trace d'organisation, était d'un blanc grisâtre, homogène, lardacée, ne présentant d'ailleurs aucune fonte putride. Nous pensons qu'elle avait pris naissance dans la paroi externe du sinus maxillaire et qu'elle s'était développée à la manière des ostéo-sarcomes.

Quant au traitement, on fit prendre à la malade une potion calmante et on lui prescrivit une diète sévère. Aucun accident du côté du cerveau ne survint; seulement l'œil droit s'enflamma, présentant une couleur rouge-foncé, et fut trouble pendant les premiers jours qui suivirent l'opération. Ces accidens cédèrent à l'emploi des topiques émolliens, et on n'eut pas besoin de recourir aux émissions sanguines. Le quatrième jour on renouvella le pansement qui fut continué de la même manière les jours suivans. Vers le quinzième jour la plaie étant détergée et présentant un très-bon aspect, on excisa les bords des lambeaux resultant de la première incision, lesquels rendus saignans furent rapprochés et maintenus en contact par le moyen de la suture entortillée. La cicatrisation, qui eut lieu quelques jours après, permit d'en faire autant aux lèvres de l'autre plaie. Seulement près de l'aîle du nez il resta une ouverture fistuleuse qui existait encore au bout de sept semaines, c'est-à-dire le 15 octobre, que cette femme partit de Lamballe pour retourner chez elle. Un mois après le chirurgien, ayant eu occasion de revoir cette malade, eut la satisfaction de reconnaître que cette fistule était complètement guérie.

Depuis lors la femme Langlais a joui de la meilleure santé. La joue a repris sa forme, et il ne reste de la cruelle maladie dont

(1) M. Bonjour aurait pu faire l'ablation de l'os maxillaire, comme on le conseille, mais dans cette circonstance il préféra la cautérisation (et nous pensions comme lui), dans la persuasion où il était que la première n'eût point dispensé de l'autre, ce qui eût compliqué et prolongé cette opération.

elle était atteinte, que des cicatrices peu difformes, suite des incisions que nécessita cette opération. Comme du reste elle vient fréquemment en ville, chacun de nous a été à même de l'examiner et de s'assurer qu'il ne lui est rien survenu depuis qui puisse lui faire craindre la récidive ; je pourrais citer plusieurs exemples remarquables de tumeurs carcinomateuses, opérées en ma présence depuis plusieurs années par M. Bonjour, et qui n'ont point eu de récidive.

Obstétrique. — *Maladies des femmes.*

COMPTE-RENDU DES MALADIES DES FEMMES QUI ONT ÉTÉ TRAITÉES AU DISPENSAIRE DE WELLESLEY, PENDANT L'ANNÉE 1832; *par Fleetwood Churchill, professeur d'accouchement à l'école médico-chirurgicale, à Dublin.* — Le nombre des femmes malades qui se sont présentées au Dispensaire, s'élève à cinq cents. Si, de ce chiffre, nous retranchons toutes les femmes dont l'état de souffrance dépendait de la grossesse, le nombre de celles qui sont l'objet de cette notice se réduira à trois cents. La moitié était affectée de lésions de la menstruation, et le tiers de leucorrhée. Nous avons eu quelques exemples de prolapsus et de cancer de la matrice. Mais ce que nous avons fréquemment observé, ce sont les inflammations des grandes lèvres, du col de l'utérus, des abcès du sein, avec des états d'irritation de la matrice, et la fièvre puerpurale.

Les inflammations des lèvres ou de l'orifice externe du vagin ont été toujours accompagnées de fortes douleurs, de cuisson, au passage de l'urine, avec la sensation d'un renversement, état pénible pour la patiente; une rougeur foncée de l'inflammation, avec une légère ulcération est tout ce qu'on pouvait découvrir à l'examen des parties ; ces changemens n'étaient point en rapport avec l'irritation déterminée. Le traitement se composait de l'emploi des apéritifs et des lotions de sucre de plomb. Les ulcérations étaient touchées avec le nitrate d'argent. Dans tous les cas, la guérison a été prompte.

L'inflammation du vagin, donnant naissance à la leucorrhée, s'est présentée chez les femmes à tous les âges, depuis la petite fille jusqu'à la vieille femme. Dans quelques cas, les symptômes auraient pu la faire confondre avec la gonorrhée ; aussi le diagnostic était-il difficile ? Souvent les doutes n'étaient dissipés que par le caractère et les mœurs de la patiente ; dans d'autres cas, les symptômes de la leucorrhée n'étaient accompagnés d'aucune augmentation de chaleur dans le vagin, ni douleurs, peu ou pas de cuisson en urinant.

Les observations que j'ai faites m'ont permis d'établir une distinction entre la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine. Dans la

plupart des cas de leucorrhée vaginale, il n'y a point augmentation d'écoulement avant ou après le retour des règles, au lieu que, dans la leucorrhée utérine et chez le plus grand nombre des malades, l'écoulement accroît du double et du triple très-souvent avant, mais toujours après les règles, avec exacerbation du malaise général. Je pense aussi que ce symptôme doit être signe diagnostique de cette dernière maladie.

Le traitement fut également composé d'injections astringentes; il eut des succès dans la leucorrhée vaginale; presque toujours il aggrava cette dernière espèce de maladie, et dans quelques cas, il provoqua la réapparition des règles. Les motifs, déjà exposés, semblent devoir légitimer la distinction à établir entre deux ordres de cas, et je pense aussi qu'on doit attribuer cette dernière espèce de maladie à une affection de la membrane muqueuse tapissant l'utérus. Dans ces cas, l'application des vésicatoires sur les reins a apporté de l'amélioration dans l'état des malades, lorsque les effets de ces moyens étaient secondés par le repos, l'administration de légers purgatifs, l'usage de boissons amères, et par la diète. Ce traitement a eu plus de succès que tout autre.

La leucorrhée vaginale a principalement été traitée par des injections, et à des doses très-élevées, de sulfate de zinc, d'alun et d'acétate de plomb. J'ai aussi usé d'injections de nitrate d'argent, et je puis affirmer, avec toute la conviction que mon expérience peut me donner, que ce moyen est le meilleur remède que nous possédons. J'ai à peine rencontré un cas d'insuccès depuis que je l'ai tenté. Il ne donne lieu à aucune irritation et la dose peut être augmentée sans crainte. J'ai généralement commencé par un scrupule, une ou deux fois par jour, et j'ai porté la dose jusqu'à vingt-cinq et trente grains après deux ou trois jours.

Il y a ordinairement trois espèces de désordres de la menstruation : l'aménorrhée, la dysménorrhée et l'hémorrhagie. On peut y ajouter ces évacuations sanguines irrégulières, qui précèdent la cessation complète des règles au temps critique de la femme. Chez plusieurs malades, la dysménorrhée n'a pas été un obstacle à la conception, contrairement à l'opinion générale des auteurs. Le premier objet, dans le traitement de l'aménorrhée a été de produire ou de rappeler les menstrues; dans quelques cas, nous avons réussi, et dans d'autres, nous avons échoué. Au fait rapporté par Bardsby, de Manchester, sur les bons effets de la strychnine, je puis en ajouter un nouveau, j'ai donné ce médicament à la dose d'un douzième de grain, puis je l'ai élevé jusqu'à un huitième de grain trois fois par jour. Dans le courant de la semaine, les règles reparurent, après avoir été supprimées pendant dix mois. Depuis ce temps, elles sont revenues périodiquement, comme à l'ordinaire. Dans beaucoup de cas, il y a des

symptômes, qui ne permettent point l'emploi de ce remède. Nous avons tenté l'administration de l'aloës seul, ou combiné avec l'assa fœtida, nous en avons obtenu de bons résultats. Les règles ont été rappelées sous l'influence de ce traitement; et lorsqu'elles ne survenaient pas, la santé générale était sensiblement améliorée. Les différentes préparations de fer ont également réussi. Nous avons néanmoins des observations où l'aménorrhée a résisté à tous les remèdes.

La dysménorrhée a été traitée avec succès par de l'opium, à la dose d'un grain, une ou deux heures avant l'attaque, ou durant le paroxysme. Son action était souvent favorisée par l'addition de deux ou trois grains de camphre.

L'opium m'a paru un excellent moyen : donné à hautes doses dans les hémorrhagies, il les a souvent arrêtées ou il a diminué l'écoulement sanguin. Son usage n'était accompagné d'aucun accident. Les préparations de fer ont été mises en usage, et nous avons eu souvent recours à l'application d'un vésicatoire sur les reins.

Dans deux savantes leçons, le docteur Addisson, de Londres, a décrit avec soin et exactitude les symptômes constitutionnels provenant de l'irritation utérine dans la leucorrhée. Dans les recherches auxquelles je me suis livré à la suite de la lecture de ce petit travail, j'ai été étonné de la ressemblance des symptômes, résultans d'une ancienne leucorrhée avec ceux des désordres de la menstruation; c'est après avoir recueilli de nombreuses observations, que j'ai pu comparer l'une et l'autre maladies, et que je n'ai trouvé presqu'aucune différence entre elles. Il y a quatre symptômes communs aux deux affections; je vais les placer, selon l'ordre de leur fréquence : 1° douleur de tête; 2° une douleur profonde en arrière et en bas; 3° une douleur sous le sein gauche; 4° le globe hystérique ou un sentiment d'oppression à la partie supérieure de la poitrine. La douleur de tête est souvent violente : quelquefois la patiente ne peut supporter ni la lumière ni le bruit, mais cet état est rarement accompagné de ce désordre général qu'entraîne la même somme de souffrance dans une maladie organique. La douleur située au bas des reins est profonde et est rapportée par la patiente au centre du bassin, entre les pubis et le sacrum. La douleur au-dessous de la mamelle gauche acquiert plus d'intensité par de larges inspirations et souvent par la pression; le stéthoscope ne nous permet pas de confondre cette douleur avec celle d'une maladie de poitrine. Les autres symptômes, tels que les dérangemens de l'estomac, la diarrhée, se présentent quelquefois, moins fréquemment que ceux que nous avons exposés. La langue est rarement chargée; mais elle est souvent blanche. Le pouls reste généralement tranquille, mou et petit. Si l'affection se guérit, les symptômes généraux disparaissent aussi; mais lorsqu'elle est incurable, nous avons obtenu un soulagement bien marqué par l'emploi de

l'aloës et de l'assa-fœtida et en déterminant une irritation locale. Sous l'influence de ce traitement, plusieurs malades ont recouvré une partie de leur santé. D'autres remèdes peuvent être donnés selon l'état de la patiente. Des infusions amères, l'exercice et le grand air, ont souvent apporté du soulagement.

L'inflammation du col de l'utérus s'est annoncée par une douleur rapportée au centre du bassin, par un sentiment de pesanteur et quelquefois par un écoulement de mucosités. A l'examen, le col de l'utérus se rencontre plus bas que d'ordinaire, il est tuméfié, un peu dur, chaud et sensible au toucher. Le plus souvent, cette maladie apparaît sous une forme chronique. Les remèdes les plus utiles sont : la saignée locale ou générale, les bains de siége ou des injections tièdes, et enfin de légers purgatifs. Dans aucun cas, ce traitement n'a échoué.

Toutes les femmes atteintes du cancer de l'utérus ont succombé : nous n'avons su qu'apporter quelques soulagemens à la souffrance qu'elles enduraient, par l'emploi de l'opium et par l'usage de la rhubarbe pour calmer la dyspepsie.

Les cas de fièvre puerpérale n'ont été ni nombreux, ni graves : on y rencontrait souvent tous les caractères de la péritonite. La guérison de cette fièvre a été obtenue par l'administration du calomel et de la poudre de Dower, par l'application de fomentations. On n'a pas eu recours à la saignée. Le fait suivant est d'un grand intérêt, comme exemple d'une *hystérite*. La femme avait été accouchée par une sage-femme; elle s'était exposée le lendemain de son accouchement au froid, et immédiatement après elle fut prise de frisson et de douleurs dans le bas-ventre; les lochies s'arrêtèrent. Lorsque je la vis, les douleurs du bas-ventre étaient extrêmes et universelles, elle ne pouvait plus supporter le toucher; la langue était sale et sèche : le pouls battait 130 fois; il était petit et dur; elle avait une soif ardente, et souffrait de la tête. Je prescrivis la saignée, des fomentations, et un léger purgatif. Dans ma visite du lendemain, je fus très-surpris de trouver la sensibilité du bas-ventre diminuée, sans aucune autre amélioration. Elle pouvait supporter une légère pression sur l'abdomen. Au-dessus des pubis, je pus suivre avec la main le contour du fond de l'utérus, et la pression que je faisais sur cette partie ne lui était douloureuse que lorsque je comprimais l'utérus. La maladie continua à s'aggraver malgré l'emploi des moyens de l'art, tels que la saignée, le calomel, les vésicatoires, etc., etc. Une légère évacuation de matières puriformes eut lieu par le vagin, sans aucun amendement dans les symptômes. La patiente éprouvait de violentes douleurs dans les paroxysmes. Le pouls battait 110 fois; il était petit, faible, et quelquefois intermittent; la langue était sèche, etc. Je reçus alors le *Journal de Dublin*, et je lus le mémoire du docteur

William Stoke, sur l'usage de l'opium, dans les cas où les antiphlogistiques sont contre-indiqués. Je tentai ce moyen, et j'ordonnai douze pilules contenant chacune un grain, et je recommandai à la patiente d'en prendre une à chaque retour du paroxysme de la douleur. Cette médication apporta un heureux changement; en peu de jours les douleurs cessèrent, le pouls devint plus lent et plus plein; la langue se nettoya, et graduellement l'utérus perdit de son volume. La patiente se porte maintenant à merveille. Durant le temps où elle a pris l'opium, aucun autre remède ne lui fut administré; et lorsque je prescrivis ce médicament, cette femme me paraissait au-dessus de toutes les ressources de la médecine. (*The Edinburgh medical and surgical Journal*, january 1834, page 42).

Inflammation des membranes de l'œuf; *obs. recueillie par le docteur Ollivier (d'Angers)*. — M.me ***, âgée de 18 ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, enceinte pour la première fois, était arrivée au quatrième mois de sa grossesse sans avoir éprouvé le moindre accident. Sa santé avait été constamment bonne, quand le 10 novembre dernier, elle ressentit, sans cause connue, un malaise général qu'elle considéra comme une courbature accidentelle : les mouvemens de l'enfant ne s'étaient point encore fait sentir. En même temps, de la constipation succéda aux évacuations faciles qui avaient lieu chaque jour. Le lendemain, un écoulement rougeâtre commença à paraître, le ventre n'était pas plus sensible ni plus volumineux, mais les douleurs de reins étaient assez fortes. Cet état persistant, je fus appelé le troisième jour. L'écoulement était peu abondant, de couleur rosée. Le ventre était douloureux à la pression dans la région hypogastrique, où l'on sentait manifestement l'utérus dont le volume était celui qu'on remarque ordinairement au quatrième mois de la grossesse. Les seins n'étaient pas douloureux, la chaleur de la peau naturelle, peu de soif, fièvre légère, les envies d'uriner peu fréquentes, aucune sensation de pesanteur sur le siége. Je me bornai à conseiller un bain tiède, des lavemens émolliens, l'application d'un cataplasme de farine de graine de lin sur le bas-ventre, la diète et le repos le plus absolu. Le lendemain, 4.e jour, l'état de la malade était à-peu-près le même. L'écoulement n'était pas plus abondant. Même traitement, à l'exception du bain. Le 5.e jour, je suis extrêmement surpris de l'énorme développement du ventre : il avait augmenté depuis la veille du tiers au moins, et l'on y percevait avec la plus grande facilité une fluctuation considérable : le liquide semblait sous-cutané, comme dans l'ascite. La malade, qui n'avait ressenti d'ailleurs aucunes douleurs plus vives, fut frappée de la grosseur de son ventre. Il était toujours douloureux dans le bas de la région hypogastrique seulement : en pressant l'utérus en haut et sur les côtés, on ne causait aucune sensation pénible.

Dès ma première visite j'avais présumé, d'après les symptômes que j'observais, l'existence d'une inflammation des membranes de l'œuf. L'épanchement rapide qui venait de distendre l'utérus en aussi peu de temps, me confirma dans cette opinion. Toutefois, comme il n'y avait pas d'accidens, que la santé générale de madame*** était d'ailleurs très-bonne, je me contentai d'insister sur la diète, les boissons diurétiques, les lavemens émolliens, et le repos au lit. Les jours suivans, l'écoulement rosé devint de moins en moins abondant, la sensibilité du ventre diminua, son volume avait cessé d'augmenter dès le 6.e jour, et au bout du 14.e madame *** put se lever, et reprendre ses occupations habituelles. Les mouvemens de l'enfant commencèrent à se faire sentir; la grossesse continua de suivre sa marche sans offrir rien de particulier, et l'accouchement eut lieu naturellement le 25 mars dernier. L'enfant, du sexe féminin, était parfaitement conformé. Je pus alors vérifier l'exactitude de mon diagnostic. Pendant le travail, et une heure avant que la tête ne vint se présenter à la vulve, il s'en échappa tout-à-coup une tumeur du volume du poing, d'un blanc mat, formée par les membranes qui avaient tout-à-fait l'épaisseur et l'aspect du parchemin qui a séjourné quelque temps dans l'eau. Cette poche, remplie par le liquide amniotique, resta ainsi à la vulve jusqu'au moment où la tête vint la déchirer en franchissant cette ouverture. Les eaux ne me parurent pas moins limpides ni plus abondantes qu'elles ne le sont communément. En examinant avec soin le placenta et ses membranes, je reconnus que ces dernières, dans le tiers environ de leur étendue, étaient considérablement épaissies, blanchâtres, opaques, villeuses à leur face interne, en un mot entièrement semblables à du parchemin ramolli et gonflé par l'humidité. Toute la portion épaissie était parcourue de vaisseaux très-déliés dans le voisinage du placenta, et à mesure qu'on s'en éloignait ces ramifications capillaires devenaient de moins en moins apparentes, mais il existait encore, à une assez grande distance de l'insertion placentaire, des rougeurs ponctuées semblables à celles qu'on détermine à la surface des membranes muqueuses en les râclant avec un scalpel. Les suites de l'accouchement n'ont rien présenté de particulier; madame *** est aujourd'hui parfaitement rétablie. L'enfant se porte très-bien.

Académie royale de Médecine.

Séance du 21 janvier. — CHOLÉRA. — M. Maro fait un rapport sur un manuscrit allemand intitulé : *Exposition de la cause efficiente et médiate du choléra*, par Georges Wiesener, curé à Sobiechleb, dio-

cèse d'Olmutz. L'auteur prie le roi des Français d'ordonner la traduction ainsi que la publication de cet ouvrage, et d'en affecter les bénéfices aux missions catholiques américaines. Il considère le choléra comme le résultat d'un manque de gaz oxygène et de combinaison de calorique libre ; il conclut de cette théorie, qu'en faisant usage d'une substance éminemment propre à produire du gaz oxygène, il y aura production de calorique libre, et par conséquent cessation de la maladie ; et la substance qu'il propose dans ce but est le nitrate de potasse. M. le rapporteur conclut que le travail de M. Wiesener ne mérite ni traduction ni publication. — Adopté.

PUSTULE MALIGNE. — M. Hervey de Chégoin fait un rapport sur un mémoire de M. Lejeune, médecin à Rennes, intitulé : *Réflexions et observations sur la nature et le traitement de la pustule maligne.* M. Lejeune pense que la pustule maligne et le charbon ne sont qu'une seule et même maladie, et à l'appui de cette opinion il rapporte trois observations dans lesquelles le contact d'animaux affectés de charbon a été la cause de pustules malignes. Dans les deux premières de ces observations, la pustule maligne a reconnu pour cause l'introduction de la main dans le rectum d'une vache malade, pour en déchirer la membrane interne avec l'ongle à l'effet d'y établir une saignée locale. Dans la troisième elle survint chez un homme qui avait dépouillé une vache morte après avoir été surmenée. Le traitement, qui fut heureux dans les trois cas, consista en scarifications et caustiques à l'extérieur, et en quinquina et limonade à l'intérieur. M. le rapporteur approuve l'idée théorique de M. Lejeune, et rappelle que MM. Leuret et Gendrin ont fait naître à volonté une tumeur charbonneuse ou une pustule maligne, selon que la matière provenant d'un charbon était par eux, ou introduite dans le tissu cellulaire, ou seulement appliquée sur la peau. C'est un fait reconnu que la pustule maligne reconnaît pour principale cause le contact d'animaux morts du charbon. — M. Dupuy oppose le travail de M. Bayle, dans lequel sont rapportées des observations de pustules malignes développées sans contact de maladies charbonneuses. — Les conclusions du rapport sont des éloges à M. Lejeune, et l'inscription du nom de ce médecin sur la liste des candidats aux places de correspondans.

VACCINE. — M. Hervey de Chégoin lit une note intitulée : de *l'Utilité du renouvellement de la vaccine.* Il a revacciné récemment quatre personnes qui avaient eu précédemment une bonne vaccination ; chez deux de ces personnes, la vaccine s'est développée à ce point qu'elle a pu être utilement inoculée à d'autres. Il se l'est inoculée à lui-même qui avait eu à huit ans une variole discrète ; il se développa chez lui un bouton qui, jusqu'au sixième jour, lui parut être une bonne vaccine, mais qui alors se dessécha tout-à-coup, et se montra un bouton avorté. De ces faits, M. Hervey de Chégoin croit devoir conclure, ou

que la vaccine ne préserve que pour un temps, et doit d'intervalles en intervalles être renouvellée; ou que les individus chez lesquels une seconde vaccination a réussi étaient destinés à avoir une seconde fois la variole.

Cette lecture amène une discussion. — M. Moreau pense que c'est une précaution sage de renouveller les vaccinations : dès l'épidémie variolique de 1825, il a fait des expériences à ce sujet, et il les a toujours continuées depuis : les résultats ont été très-divers. Le plus souvent la revaccination n'a rien produit, ou seulement des boutons qui se sont développés dès le cinquième et sixième jour ; cela était surtout quand il agissait sur des sujets jeunes et vaccinés depuis peu d'années. Quelquefois au contraire il a obtenu de véritables vaccines, mais cela tout aussi bien chez des individus variolés ou inoculés, que chez des individus vaccinés. — M. Louyer-Villermay a fait cinq revaccinations, et sur ces cinq individus il a obtenu deux vraies vaccines et trois fausses. — M. Bricheteau n'a vu qu'une seule fois lui réussir de secondes vaccinations. — M. Deneux remarque, que dès les premiers temps de la vaccine, le docteur Décano recommandait de réitérer la vaccine, pour en perpétuer, disait-il, la source et la propriété préservative. — M. Husson rappelle que, dès l'origine de la vaccine, on avait reconnu son aptitude à se développer chez des individus qui avaient eu antécédemment la variole inoculée ou spontanée, à ce point que le docteur Sacco, quand il manquait d'enfans à vacciner, se servait des variolés pour entretenir le vaccin. Du reste, il ne croit pas à l'utilité des secondes vaccinations ; il n'a vu aucun des individus qu'il a vaccinés depuis trente ans être atteint de la variole; et il pense que toute vaccine qui laisse sur le bras une empreinte profonde et comme gauffrée, est absolument préservative. — M. Emery appuie de son expérience cette assertion de M. Husson. — M. Bouillaud au contraire dit avoir inoculé la variole à des individus vaccinés, et qui présentaient la cicatrice gauffrée, et chez deux ou trois la variole s'est développée. — Selon M. Bousquet, l'effet préservatif de la vaccine dure toute la vie; et les vaccinations secondaires que l'on cite, ou annoncent que l'individu aurait eu deux fois la variole, ou plutôt ne sont qu'un travail local sans importance. A l'appui de cette dernière opinion, M. Marc cite l'observation d'une femme qui, gardant un enfant affecté de variole par inoculation, et appuyant la joue de l'enfant contre la sienne, eut à cette joue seulement une éruption variolique. — Sur la proposition de M. Cornac, la note de M. Hervey de Chégoin est renvoyée à la commission de vaccine.

Fœtus monstrueux. — M. Velpeau fait un rapport sur un fœtus monstrueux envoyé à l'Académie par M. Bizot, médecin à Beaune. Ce fœtus a la moitié du corps recourbée et relevée en arrière de telle sorte, que la cuisse droite pose sur la partie postérieure de la poi-

trine, et que les pieds s'élèvent jusqu'à l'occiput. Toute la masse des viscères abdominaux pend en dehors et représente la moitié inférieure du fœtus. Il n'y a ni anus, ni organes sexuels ; il n'y a qu'un reste de cordon ombilical dans lequel les artères ombilicales sont oblitérées ou tellement rétrécies, qu'elles admettent à peine une pointe d'épingle. — M. Velpeau assimile cette monstruosité à celles dites *éventrations*, et dont l'Académie a déjà reçu plusieurs exemples de MM. Nel, Tascheron, Henot de Metz, et Montault. Lui-même en a observé plusieurs, dont deux surtout chez des enfans presque à terme. Il pense que dans le fœtus envoyé par M. Bizot, l'éventration est due, non à un arrêt de développement, mais à une déchirure des parois du ventre, par suite du renversement en arrière et sur la face postérieure du tronc de toute la moitié inférieure du corps. — M. Deneux ne croit pas cette opinion de M. Velpeau suffisamment démontrée. M. Capuron regrette qu'on manque de renseignemens sur la vie physique et morale de la mère de cet enfant. — Des remerciemens seront adressés à M. Bizot.

Séance du 28 *janvier*. — HYPERTROPHIE DU CRANE. — M. Breschet montre le crâne d'un enfant de huit mois, mort de convulsions, et chez lequel les os sont si épais, qu'en quelques points ils ont près d'un pouce d'épaisseur. Cette hypertrophie, fort rare à un âge aussi tendre, était bornée aux os de la voûte, et n'existait pas aux os de la base du crâne, non plus qu'à ceux de la face.

SIROP D'ÉCORCE DE RACINE DE GRENADIER POUR LE TÆNIA. — *Mémoire de M. Dublanc, pharmacien à Troyes ; rapport de M. Caventou.*—Jusqu'ici c'est sous forme de décoction aqueuse que l'écorce de racine de grenadiers est employée contre le tænia, et le succès a été presque constant quand on a usé de l'écorce fraîche. M. Dublanc ayant reconnu que l'on extrayait par l'eau froide plus de principes solubles que par l'eau bouillante ; que deux onces d'écorce ne donnaient par l'eau bouillante que 3 gros 9 grains d'extrait, tandis que cette même quantité de racine en donnait 3 gros et demi par l'eau froide ; M. Dublanc a imaginé de préparer un sirop d'écorce de racine de grenadier qu'il présente comme devant être plus efficace dans la pratique. M. Caventou oppose, que M. Dublanc ne fournit aucun fait clinique propre à signaler les principes actifs de la racine de grenadier, ni aucun fait clinique probatoire de la préférence à accorder au sirop sur la décoction aqueuse. Il ajoute que la forme du sirop doit être autant que possible écartée de tout traitement vermifuge, parce que le sucre affaiblit l'action de cette classe de médicamens. Quelques membres regrettent que la commission n'ait pas cherché à constater par des essais thérapeutiques la supériorité annoncée du sirop sur la décoction aqueuse ; il leur est répondu que le mémoire de M. Dublanc est plus pharmaceutique que médical.

Cachexie aqueuse de l'homme et du mouton, observées en Égypte. — *Mémoire de MM. Haumont et Fischer.* — *Rapport de M. Girard.* — Ce mémoire est divisé en deux parties, dont la première est consacrée à l'homme, et la seconde au mouton. La cachexie aqueuse est très-fréquente chez l'homme en Egypte, à cause de la misère de la basse classe, de la grossièreté des alimens, de l'excès du travail, des mauvais traitemens, de l'humidité des habitations, de la malpropreté et du manque de vêtemens convenables. Compliquée souvent de dysenterie, elle cause à elle seule le cinquième des décès. Chez le mouton, la maladie se déclare à la suite des inondations, et apparaît d'abord dans les lieux qui sont les premiers abandonnés par les eaux. Elle a une identité complète avec la pourriture observée en Europe. Les auteurs assurent qu'elle n'est pas une gastro-entérite comme on l'a prétendu, mais le résultat d'une asthénie déterminée par des plantes nuisibles.

Séance du 4 février. — Bubons. — M. Yvan fils écrit que des bubons indolens à l'état chronique, et qui avaient résisté à l'usage de l'iode et des vésicatoires, ont cédé à celui de la pommade émétisée. La composition de la pommade était un gros de tartre stibié, et une once d'axonge. Les frictions faites avec cette pommade sur les parties engorgées y déterminaient une éruption miliaire accompagnée de suppuration, et sur un assez grand nombre de malades quinze ont été guéris.

Typhus du bagne de Toulon en 1830 et 1833. — *Mémoire de M. Fleury, médecin de la marine à Toulon; rapport de M. Bally.* — Le typhus dont il est question dans le mémoire de M. Fleury, s'est développé à bord de trois vieux vaisseaux, près de l'un desquels se faisaient un battage de pilotis sur un fond d'eau stagnante et un curage de matériaux vaseux qui exhalaient une odeur infecte. La cause du mal ayant été aussitôt soupçonnée, les trois bagnes flottans furent détruits, et remplacés par deux frégates qui pouvaient contenir 500 forçats, dont la santé fut ainsi protégée. Cependant, plus tard, le typhus pénétra dans une de ces frégates placée à l'est et plus rapprochée des travaux ci-dessus mentionnés. M. Fleury présente la maladie comme une de celles successivement nommées *typhus, fièvre typhoïde, fièvre ataxique, gastro-entéro céphalite*, etc. Selon lui, l'anatomie pathologique est encore peu fixée sur les lésions de tissu spécifiques du typhus; ce n'est que rarement qu'il a trouvé dans celui de Toulon, à la fin de l'intestin iléon, des ulcérations. M. le rapporteur loue dans le mémoire de M. Fleury, de bonnes observations de la maladie, des apperçus ingénieux sur ses causes, des vues hygiéniques profondes, une description fidèle de la maladie et une thérapeutique étrangère à l'esprit de routine. Il regrette seulement qu'on ait négligé les affusions d'eau froide. La mortalité a été d'un

septième. Le mémoire de M. Fleury sera envoyé au comité de publication.

Sont nommés par scrutin membres de la commission de *statistique et de topographie médicale*, MM. Villermé, Villeneuve, Chevalier, Marc, Dupuy, et Thillaye.

Lithothritie. — M. Segalas lit un mémoire intitulé : *Opérations de lithotritie pratiquée avec un brise-pierre à pression et à percussion.* — M. Segalas avait présenté en juin dernier, à l'Académie, sous le nom de *brise-pierre à pression et à percussion*, un instrument qui unissait le mode d'action du brise-pierre de M. Jacobson et celui du percuteur courbe de M. Heurteloup, c'est-à-dire, qu'en lui la pression et la percussion se succédaient instantanément et se prêtaient un mutuel secours. Depuis il a fait emploi de cet instrument sur plusieurs malades, et tous ont été guéris. Il range en trois classes les faits qu'il rapporte et qui sont au nombre de 10. Dans la première classe, sont les pierres assez petites pour être broyées en une seule séance. Dans une deuxième classe sont les pierres de moyenne grosseur, et qui ont été détruites en deux ou trois séances : et dans la troisième, sont les pierres très-grosses et fort dures, ou compliquées de catarrhe de la vessie, de paralysie de cet organe, de l'engorgement de la prostate, de la coarctation de l'urètre, etc. L'expérience a démontré à M. Segalas, que son instrument fatigue peu la vessie, est applicable aux malades dont l'urètre est très-courbé et la prostate engorgée, et que sans aucun appareil accessoire, il peut briser des pierres très-volumineuse et très-dures. A tous ces titres, il est préférable à la pince à trois branches. M. Segalas dit aussi s'être bien trouvé de l'emploi des eaux minérales de Contrexeville dans diverses affections des voies urinaires. Le mémoire de M. Segalas est renvoyé au comité de publication.

Séance du 18 février. — Orthopédie. — M. Pravaz lit une note sur de nouveaux moyens *de rétablir la régularité du thorax dans les cas de déviation latérale du rachis.* L'Académie a déjà approuvé la modification apportée par M. Pravaz, au procédé de l'extension horizontale, et qui consistait à concilier la possibilité de mouvemens spontanés avec l'action mécanique prise hors des malades. L'effet de ces mouvemens spontanés était de corroborer la constitution et de rendre permanente l'amélioration obtenue dans la conformation de l'épine. M. Pravaz a cherché depuis à associer à la traction longitudinale des pressions latérales exercées sur la convexité de chaque courbure. Il donne la description d'un char gymnastique tel que, pendant que le malade qui y est placé pèse de tout son poids sur le côté dévié, il peut imprimer au char un mouvement, d'où résulte un mode d'exercice qui tend à relever les côtes déprimées du côté de la concavité dorsale. Il décrit de même un corset élastique fort simple qui agit à-

la-fois par extension et par pression dans les intervalles de l'extension horizontale. Il pose en principe qu'en orthopédie rien ne peut remplacer l'extension horizontale combinée à la gymnastique; mais que pendant les intervalles où elle doit être suspendue, il faut la suppléer par l'usage de quelques appareils de sustentation verticale. — Renvoi à une commission composée de MM. Thillaye, Villermé et Bricheteau.

Séance du 18 février. — SPÉCULUM BRISÉ DE M. RICORD. — M. Capuron lit un rapport sur un *spéculum brisé*, *hystéromètre* et *porte-ligature* du docteur Ricord. Cet instrument diffère du spéculum plein, puisqu'il se compose de deux branches ou valves : il diffère du spéculum brisé ordinaire, en ce que le point d'articulation ou de mobilité des branches est fixé, non sur les manches, mais sur les valves et vis-à-vis leur rétrécissement. Il diffère encore de l'ancien spéculum, en ce que celui-ci formerait un seul cône de sa base à son extrémité, tandis que celui-ci en présente deux inégaux et contigus par leurs sommets. M. Ricord se sert de cet instrument, tantôt pour explorer le vagin et le col de l'utérus, tantôt pour pratiquer l'amputation de ce dernier, tantôt pour faire la ligature des tumeurs qui s'y développent. Il lui offre l'avantage de rendre faciles ces opérations, et il l'introduit directement dans le vagin sans distendre ni confondre l'anneau vulvaire. Le rapporteur rappelle que M. le docteur Jobert est le premier qui ait, dans le spéculum brisé, porté le point d'articulation sur le point des valves qui correspond à l'anneau vulvaire. Il donne du reste des éloges à l'instrument de M. Ricord.

REVACCINATIONS. — M. Cornac, au nom de M. Salmade, lit une note sur *l'utilité des revaccinations.* M. Salmade déplore les doutes qu'on élève sur l'efficacité de la vaccine; selon les uns, elle n'est pas préservative de la variole; selon les autres, elle ne l'est que pour un temps, et conséquemment a besoin d'être renouvelée. Delà, les revaccinations auxquelles on recourt depuis quelque temps. M. Salmade blâme ces revaccinations, non-seulement comme inutiles, mais comme propres à ébranler la foi dans la vaccine. Dans les nombreuses expériences qu'il a faites, il a toujours vu ces revaccinations bornées à des boutons éphémères, irréguliers, et ne constituant qu'un travail local toutes les fois que la première vaccination a été régulière. M. Moreau combat comme trop absolues les deux propositions avancées par M. Salmade; savoir, que la vaccine préserve toujours de la variole, et que la vaccine ne s'inocule jamais une seconde fois. Il est maintenant bien avéré que des enfans vaccinés ont eu la variole; et déjà il a cité à l'Académie des expériences qui lui sont propres, et dans lesquelles des revaccinations ont réussi. — M. Bouillaud cite des faits de variole après vaccine, et entr'autres le cas récent d'un étudiant en médecine qui a succombé à cette maladie. — M. Ferrus

cite un cas analogue. — M. Piorry pense que de même qu'on regarde la *varioloïde* comme une variole mitigée, on doit regarder comme une vaccine atténuée, comme une *vaccinoïde*, les boutons qui viennent après une seconde vaccination : il considère toutes ces maladies comme de la même famille, comme ne différant que par le degré. — MM. Salmade, Collineau, Cornac répliquent que si la variole, en quelques cas exceptionnels, n'empêche pas d'avoir une seconde fois cette maladie, on ne peut pas exiger plus de la vaccine. — M. Bousquet a revacciné quinze personnes cette année, et sur deux la vaccine a réussi, à ce point qu'on a pu la réinoculer à d'autres individus; mais il ne pense pas que ces secondes vaccines prouvent rien à l'égard des prédispositions à la variole; elles sont, selon lui, une éruption toute locale, tout aussi bien que le sont ces boutons varioliques qui surviennent en une partie du corps qui a été en contact prolongé avec un varioleux. — La note de M. Salmade sera envoyée à la commission de vaccine.

Injection de matière cérébrale délayée dans de l'eau distillée dans la veine jugulaire des chevaux; *expériences de M. Dupuy*. — Dans la première expérience, la quantité injectée fut de huit centilitres; peu de minutes après, yeux proéminens, paupières redressées, narines arrondies, face fortement plissée, lèvre inférieure tombante, respiration embarrassée, pouls accéléré; l'animal a d'abord une marche incertaine, puis il ne peut plus se tenir debout, il tombe; bientôt de l'agitation se montre, et successivement des convulsions qui se renouvellent de douze en douze minutes; au bout de deux heures un peu de calme survient, l'animal offre les symptômes du vertige des chevaux, il meurt. La nécropsie fait voir le tissu cellulaire injecté de sang couleur lie de vin, les membres ramollis, le sang contenu dans les veines d'un noir foncé et comme charbonné, la rate ramollie, le foie et les reins friables, les poumons gorgés de sang comme dans l'apoplexie, le péricarde plein de sérosité rouge, le cerveau moins consistant que de coutume, et dans le cœur des caillots de sang adhérens aux valvules auriculo-ventriculaires. Dans une seconde expérience, mêmes résultats et mort plus rapide. Dans une troisième, on injecta quinze centilitres de lait de vache; le pouls s'éleva de 36 à 72 pulsations, l'animal se couche; au bout de sept heures il mange et boit comme à l'ordinaire; alors on injecte de la substance cérébrale, et il meurt comme les deux précédens. M. Dupuy dit que dans ces expériences les phénomènes ont été les mêmes que dans les injections de sublimé corrosif, et il attribue la mort aux caillots de sang qui se font dans le cœur et empêchent l'action de cet organe.

Diathèse cancéreuse; *observ. de M. Sanson*. — Une femme de 40 ans entra à l'Hôtel-Dieu pour un cancer du sein; le mal est si avancé qu'on ne croit pas devoir pratiquer l'opération; diverses tu-

meurs sont senties dans l'abdomen; en se mouvant dans son lit, la malade se casse le fémur, et en voulant remédier à cette fracture on en occasionne une autre à l'autre fèmur. — *Nécropsie*. Tubercules squirrheux, dont quelques-uns ramollis, dans les parois abdominales, le long des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux, dans le poumon, le foie; le cœur, la rate et les reins en étaient seuls exempts; le système osseux en était gorgé. Il y en avait dans l'épaisseur des os du crâne, dans le corps de presque toutes les vertèbres, les épiphyses et le canal médullaire des fémurs.

Séance du 25 février. — Codéine. — M. Barbier, d'Amiens, adresse une note sur l'alcoloïde nouveau que M. Robiquet a retiré de l'opium, et qui est appelé *codedine*. Les effets de la codedine sur l'économie animale, diffèrent de ceux de la morphine et de l'opium : donnée à la dose de 1 à 2 grains, sous forme de sirop préparé avec la solution aqueuse de cet alcoloïde, M. Barbier dit avoir reconnu qu'elle est sans action sur l'encéphale et la moelle spinale; mais qu'elle a une action spécifique sur les plexus nerveux du grand sympathique. Il en a obtenu des effets merveilleux dans certains maux d'estomac, dont il place le siége dans les plexus nerveux épigastriques. Il lui a vu produire aussi le sommeil, mais sans pesanteur de tête, engourdissement, gonflement des yeux, aucun signe de congestion sanguine dans l'encéphale; ce malade, au sortir de ce sommeil, avait une figure gaie, animée, telle, qu'on serait porté à admettre dans la codedine une vertu exhilarante. Enfin, la codedine lui a paru être sans action sur les douleurs de nature névralgique, siégeant en nerfs autres que ceux du système ganglionnaire, ce qui confirme la spécificité de son action sur les nerfs de ce système. — M. Bally propose qu'une commission soit nommée pour faire des expériences sur la codedine. — M. Martin Solon dit l'avoir essayée; elle a une saveur amère; il l'a administrée à la dose d'un quart de grain, soit en poudre, soit en solution dans l'eau chez des phthysiques; elle a procuré un sommeil facile, diminué la toux, l'expectoration; n'a pas produit de congestions cérébrales; mais il ne lui a pas reconnu une action spéciale sur l'appareil du grand sympathique. — M. Robiquet rappelle les observations de M. William Gregory, d'Edimbourg, qui l'a administrée à l'état salin, a vu, qu'à haute dose, elle ne provoquait pas le sommeil, mais qu'elle excitait des démangeaisons à la peau. — Une commission sera formée, d'après le vœu de M. Bally, pour expérimenter la codedine.

Élection. — Mort M. de Wenzel, appartenant à la section de médecine opératoire. M. le président, à cette occasion, rappelle qu'il y une élection de titulaire à faire dans la section de pathologie interne, et l'Académie fixe à six le nombre de candidats que devra présenter cette section.

Prix de l'Académie. — Trois mémoires relatifs au sujet de prix

proposé l'an dernier, ont été envoyés à l'Académie : sont nommés par scrutin, commissaires pour l'examen de ces mémoires, MM. Double, Chomel, Breschet, Alard et Delens. Une longue discussion a eu lieu sur la question de savoir si MM. les adjoints pourraient être nommés de la commission. Ceux qui se prononçaient pour l'affirmative, se fondaient sur ce que l'ordonnance du 15 septembre dernier a donné aux adjoints voix délibérative en matière de science, ce qu'ils n'avaient pas auparavant. On leur a objecté que le réglement permet aux adjoints de concourir pour les prix proposés par l'académie, et que la concession de ce droit entraîne irrésistiblement la privation de celui d'être juges. Aucun mémoire n'a été envoyé pour le prix d'anatomie pathologique fondé par M. Portal.

Sont nommés par scrutin, commissaires pour préparer la prochaine séance publique : MM. Louyer-Villermay, Husson, Bally, Lodibert et P. Dubois.

Hyperostose. — M. Vallot, de Dijon, adresse une note à l'occasion du cas d'hyperostose crânienne, présentée par M. Breschet, dans la séance du 28 janvier. Ce médecin rappelle plusieurs faits analogues que possède déjà la science, celui mentionné par Saucerotte, un autre, noté dans le grand ouvrage de Gall, d'autres dans Haller, Sœmmering, etc. — M. Velpeau pense que M. Vallot a confondu les exostoses avec l'hypertrophie des os du crâne ; c'est à ce dernier genre de maladie que se rapportait le fait de M. Breschet, et ce qui en constituait la rareté, c'était le jeune âge de malade ; les hypertrophies crâniennes chez des adultes sont bien moins rares.

Remèdes secrets. — Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Collineau propose et fait adopter le rejet, 1.° d'un *élixir contre les meurtrissures*, du sieur Floret, de Dole ; 2.° *d'une eau contre le choléra*, du sieur Vidien-Herboudières ; 3.° d'un *remède contre l'hydropisie*, du sieur Touflet-Langliers, marchand de draps de Neubourg (Eure) ; 4.° d'un *remède contre la goutte*, du sieur Denis Andrieu ; 5.° de plusieurs autres remèdes des sieurs Fontanelle et Girard.

Magnétisme. — M. Maingault rappelle qu'une commission de l'académie a présenté un rapport sur le magnétisme. Ce rapport, qui est publié, passe pour l'œuvre de l'académie, bien qu'il n'ait été ni discuté, ni approuvé par l'académie ; il demande que la compagnie aborde cette discussion. Cette proposition n'a pas de suite.

Épidémies. — M. Villeneuve, au nom de la commission des épidémies, présente des modèles de tableaux que devront remplir les médecins des épidémies : ainsi les descriptions des épidémies seront faites sur un plan uniforme. Quelques membres demandent qu'il soit rédigé en même temps une instruction sommaire sur la manière de remplir les tableaux. M. Thillaye insiste surtout sur les observations

météorologiques, qui jusques aujourd'hui ont été si inexactes, que depuis 1666, 4 à 5 séries à peine ont pu servir.

Séance du 4 mars. — BANDAGES HERNIAIRES. — M. J. Cloquet, au nom d'une commission, lit un rapport sur une nouvelle espèce de pelote pour les bandages herniaires, proposée par les docteurs Cresson et Sanson. La pelote d'un bandage herniaire a pour but de s'opposer à l'issue des organes qui forment la hernie; pour remplir ce but, elle doit exercer sur les ouvertures aponévrotiques et les parties voisines une pression douce, uniforme, constante, et proportionnée à la force de propulsion des viscères qui tendent à sortir. Elle doit sans doute une partie de ces avantages au ressort qui la supporte; mais la forme et la substance dont on la compose ont aussi une influence. Généralement les pelotes des bandages herniaires sont faites de crin, de laine ou de feutre, recouvertes d'une peau maroquinée ou chamoisée. Elles ont l'inconvénient de se tasser, de devenir plus compactes par la pression, de se laisser imbiber par la transpiration, de se durcir, de produire ainsi une compression inégale, douloureuse, et enfin des excoriations qui obligent à suspendre l'application des bandages. C'est à prévenir ces inconvéniens que tend la nouvelle pelote de MM. Cresson et Sanson, faite avec du caoutchouc, et qui est tantôt toute solide, et tantôt creuse et pleine d'air. Ces mécaniciens en fabriquent en effet de trois espèces: 1.° les unes solides, pleines, fort résistantes; 2.° les secondes, creuses, contenant dans leur intérieur de l'air, ce qui ajoute à l'élasticité du caoutchouc, et qu'ils appellent *pelotes éoliennes à air fixe*; 3.° les troisièmes enfin, creuses encore, pleines d'air, mais telles qu'on peut y introduire l'air à volonté à l'aide d'un robinet et d'un tuyau, et qu'ils appellent *pelotes éoliennes à air mobile*. Ces pelotes sont recouvertes d'une feuille d'or très-mince qui, sans nuire à leur élasticité, les défend contre l'humeur de la transpiration. Les commissaires ont fait l'essai de ces pelotes sur eux-mêmes et sur plusieurs malades, et leur reconnaissent le mérite d'être élastiques, d'exercer une compression douce, uniforme, non douloureuse, non suivie d'excoriations, et d'être moins susceptibles de s'altérer. — M. Thillaye rappelle que depuis long-temps le caoutchouc a été employé dans la confection des bandages herniaires; on peut en voir des essais dans les cabinets de la Faculté. — M. Itard blâme la trop grande élasticité de ces pelotes qui par suite laissent plus facilement sortir les hernies. — M. Burdin craint que la pression exercée par le ressort des bandages de MM. Cresson et Sanson, ne soit trop faible. — M. Lodibert, pour justifier l'emploi des pelotes à air, rappelle qu'en 1793, le représentant du peuple Chasles, étant à l'armée, fut atteint d'une hernie pour le maintien de laquelle tout bandage employé causait de vives douleurs; on les remplaça, et avec succès, par une portion d'intestin

desséché et insufflé. — M. Velpeau juge les pelotes à air préférables aux autres pelotes, en ce qu'elles exercent une pression plus considérable, surtout à la circonférence de l'anneau. — L'Académie décide qu'elle considérera les pelotes de MM. Cresson et Sanson comme un perfectionnement, tout en laissant cependant à l'expérience à prononcer sur leurs avantages et leurs inconvéniens.

Abcès symptomatique des caries du rachis. — *Mémoire de M. le docteur Bourjot Saint-Hilaire, chef de clinique oculaire à l'Hôtel-Dieu de Paris ; rapport de M. Gimelle.* — Le but du mémoire est de faire reconnaître le siége précis d'une carie ou maladie des vertèbres, par le lieu qu'occupe l'abcès qui en résulte, lors même qu'il n'existerait aucun symptôme spécial à la colonne vertébrale. Les vertèbres, dit M. Bourjot, sont de tous les os du corps, les plus susceptibles d'être atteints de carie, surtout leur partie latérale qui n'est recouverte par aucun ligament ; le pus résultant de la carie gagne insensiblement de ce côté, vers le trou de conjugaison, et suivant la gaine des nerfs vient former abcès au lieu où aboutissent ceux-ci. Ainsi soit une carie lombaire, le pus suit le nerf crural et va faire abcès dans la fosse iliaque, puis se fait jour au dehors par le côté externe du ligament de fallope. Soit une carie du sacrum, le pus suit le nerf sciatique do l'un ou l'autre côté, sort par l'échancrure, et va former abcès sous les muscles fessiers. Si la carie siége dans le coccyx, le pus suit les nerfs des cinquième et sixième paires sacrées, et vient se faire jour dans les graisses qui avoisinent le rectum. Si elle siége au dos, le pus suit la branche postérieure du nerf dorsal le plus voisin, et vient se montrer entre la crête postérieure de l'os des îles et les apophyses transverses de la première vertèbre sacrée. Si elle siége au col, le pus suit les branches du plexus cervical, fait abcès à la partie latérale du col, ou arrive jusque dans l'aisselle ou même jusqu'à la région interne du bras. Enfin, si la carie est à la base du crâne, le pus suit, ou les nerfs qui sortent par le trou déchiré postérieur, ou ceux qui sortent par le trou condyloïdien, et vient se montrer à la partie inférieure du col. Tout en louant les inductions de M. Bourjot, la commission ne pense pas que le siège de l'abcès permette de préciser le siège de la carie, s'il n'y a d'autre part aucuns symptômes locaux au rachis, comme douleur, gibbosité, etc. Elle croit davantage que le pus des caries vertébrales suit plutôt les gaînes des nerfs que celle des vaisseaux. Elle propose de donner des encouragemens à M. Bourjot, et de déposer son mémoire aux archives. — Adopté.

Thermopode, pédiluves. — M. Thillaye fait un rapport sur un nouvel appareil inventé par M. Petit, pharmacien à Paris, pour donner des bains de pied, et que ce pharmacien appelle *thermopode*. M. Petit s'est proposé de construire un bain de pied tel que l'on puisse à volonté et sans déranger le malade, élever la température du liquide,

Pour cela il a donné un double fond au seau dont il se sert; un tuyau conduit l'eau bouillante jusqu'au fond du seau, et celle-ci ne peut remonter et toucher les pieds qu'après avoir traversé les trous dont est criblé le fonds supérieur. Cette invention, dit le rapporteur, est peu considérable sans doute, mais elle mérite néanmoins l'approbation de l'Académie. — Adopté.

Chlore dans la phthisie pulmonaire. *Mémoire de M. le docteur Toulmouche; rapport de M. Louis.* — M. Toulmouche a administré le chlore à près de 80 phthisiques, presque tous pectoriloques; pas un n'a guéri, et la plupart n'ont pu supporter long-temps l'usage du médicament qui produisait de la chaleur au col, de la sécheresse à la poitrine, augmentait la toux. Mais si le chlore a échoué contre la phthisie, il paraît avoir eu des effets avantageux sur le catarrhe pulmonaire chronique. La commission propose de remercier M. Toulmouche, de l'inviter à continuer ses recherches, et de le mettre sur la liste des candidats aux places de correspondans. — Adopté. (Ce mémoire est imprimé dans le cahier du mois présent).

Séance du 11 mars. — Seigle ergoté. — M. Caffort, médecin de Narbonne, envoie une note sur les propriétés obstétriques du seigle ergoté; il en a fait usage dans dix cas; dans six il a réussi; dans les quatre autres il n'y a eu aucune action. M. Caffort attribue la différence à ce que, dans les quatre derniers cas, le seigle ergoté qu'il a employé était déjà ancien; il pense que cette substance perd ses propriétés, quand elle est gardée un peu long-temps.

Pois a cautères. — M. Guéneau de Mussy, au nom d'une commission, fait un rapport sur de nouveaux pois à cautères imaginés par M. Frigerio, pharmacien de la Maternité. Ces pois sont faits avec une matière emplastique, dans la composition de laquelle entrent des gommes-résines, de la cire, des poudres de garou, de guimauve, d'iris, etc. M. Frigerio en varie, non-seulement le volume, mais la composition, de manière à rendre ces pois plus ou moins excitans; et à cet égard il en confectionne de trois sortes, de *doux*, de *moyens* et de *très-actifs*. Des moyens mécaniques fort ingénieux servent à façonner la matière emplastique en pois, que M. Frigerio appelle *pois de garou composés*. La commission en a fait l'essai sur un grand nombre de malades, et reconnaît qu'ils ont sur les pois d'iris et d'orange ordinaires, l'avantage de mieux entretenir la suppuration sans causer de douleur au malade. Elle conclut à ce que l'Académie donne son approbation aux pois de M. Frigerio. — Une vive discussion s'engage sur ce rapport. Beaucoup de membres en blâment la conclusion, sur ce que les anciennes pharmacopées sont pleines de formules analogues pour la composition des pois à cautères; sur ce que l'Académie, par son approbation aux pois de M. Frigerio, a l'air d'approuver l'autorité d'avoir accordé à M. Frigerio un brevet d'invention, tandis qu'elle

a mille fois exprimé que des brevets d'invention ne pouvaient être pris pour des médicamens. Le rapport est ajourné.

VACCINATIONS SECONDAIRES. — M. Moreau rappelle la note lue récemment à l'Académie par M. Salmade, et dans laquelle ce médecin niait la possibilité de la reproduction de la variole et de la vaccine chez des sujets antérieurement vaccinés. Il a en ce moment le moyen de convaincre du contraire M. Salmade. Un de ses cliens, anciennement vacciné, a en ce moment la variole ; son épouse s'est soumise à une seconde vaccination qui a réussi, et dont M. Salmade pourra explorer les boutons. M. Moreau offre de faire voir encore à ce confrère un cas analogue. Il termine par le fait suivant : une femme anciennement vaccinée devient enceinte, et à quatre mois de grossesse a une variole qui se termine heureusement : depuis, l'enfant dont elle est accouchée a été vainement vaccinée quatre fois, jamais la vaccine n'a pris : cet enfant aurait-il eu la même variole que sa mère pendant qu'il était dans son sein ? et est-ce à cela qu'il doit d'être préservé ? Il existe des exemples de fœtus qui ont eu la variole avec leur mère, pendant qu'ils étaient dans son sein. — MM. Gimelle et Salmade ont, depuis la discussion de l'Académie, tenté de secondes vaccinations ; ils n'ont rien obtenu, ou seulement des boutons avortés et qui avaient disparu dès le sixième jour. — M. Bousquet a employé à des vaccinations le pus de boutons produits par des vaccinations secondaires, et il en est résulté de bonnes et légitimes vaccines. — L'Académie décide que la commission de vaccine vérifiera les faits annoncés par M. Moreau.

Académie royale des Sciences.

Séances du 3 *et du* 24 *février.* — MÉCANISME DES BRUITS DU CŒUR. — M. Magendie lit un mémoire sur ce sujet. C'est à Laennec, dit l'auteur, qu'on doit d'avoir attiré l'attention des médecins sur ces bruits, dont l'appréciation forme aujourd'hui un élément indispensable dans l'art du diagnostic. Cet habile observateur, en effet, ne s'est pas borné à décrire les bruits que le cœur produit à l'état sain, il a indiqué plusieurs phénomènes de ce genre qui appartiennent à l'état pathologique, et ses nombreuses remarques à cet égard ont créé une branche nouvelle de séméiologie. Laennec a cherché à donner une explication physiologique des phénomènes qu'il avait étudiés avec tant de succès sous le rapport des applications pratiques ; mais dans cette partie de son travail il n'a pas été également heureux : son explication a été réfutée par plusieurs médecins, qui eux-mêmes n'en ont pas présenté jusqu'à présent de complètement satisfaisantes.

L'explication proposée par Laennec est fondée, non sur des observations directes, mais sur des déductions tirées du temps et du lieu où

sont produits plus spécialement chacun des deux bruits propres au cœur. L'un sourd, profond, se développe du côté gauche de la poitrine, à la hauteur du cartilage de la cinquième ou sixième côte; il précède de fort peu le battement du cœur; Laennec en conclut que ce bruit était produit par la contraction du ventricule à l'instant où le sang est chassé dans les artères aorte et pulmonaire. Le second bruit du cœur, clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, succède presque immédiatement au premier; il semble naître derrière la partie inférieure droite du sacrum; Laennec le rapporte à la contraction des oreillettes. Quant à la source même de ces deux sons, il l'attribuait à des vibrations sonores qui se développeraient dans les fibres musculaires au moment de leur contraction.

Le professeur Turner inséra, dans le tome III des *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*, un mémoire destiné à établir que le second bruit du cœur ne pouvait être attribué à la cause assignée par Laennec; ces preuves, tirées de l'examen attentif du pouls veineux des jugulaires, détruisait bien l'hypothèse du savant médecin français, mais elle ne conduisait à aucune autre. En 1830, le docteur Hope établit par des expériences :

1.° Que la contraction des oreillettes précède le premier bruit du cœur;

2.° Que cette contraction n'est accompagnée d'aucun bruit;

3.° Enfin, que le second bruit du cœur coïncide avec la dilatation des ventricules.

Toutes ces conclusions négatives étaient le résultat d'expériences bien faites. Quant à l'explication que leur auteur voulut substituer à celle qu'il venait de ruiner, il la chercha dans son imagination, et sa théorie fut que les bruits résultent du déplacement subit qu'éprouve le sang, soit pour entrer dans les ventricules, soit pour en sortir; mais il n'en donna et n'en pouvait donner aucune preuve. Depuis la publication du livre de M. Hope, d'autres idées ont été émises; ainsi les bruits ont été attribués à l'ébranlement produit dans les artères aorte et pulmonaire par le sang chassé des ventricules. Laennec lui-même, trompé par les expériences d'un médecin anglais nommé Buxey, modifia son explication du second bruit; il ne l'attribua plus à la contraction des oreillettes, mais seulement à celle des ventricules. Plus récemment M. Rouanet, dans sa dissertation inaugurale, s'efforça de prouver que les bruits étaient dus au choc du sang, dans un cas, contre les valvules tricuspides et mitrales; dans l'autre, contre les valvules sygmoïdes, aortiques et pulmonaires.

Toutes ces explications ne paraissant pas à M. Magendie bien fondées, il a fait, pour arriver à connaître la véritable cause, des expériences très-variées dont nous attendrons la publication pour les juger, et qui tendent à établir que le premier bruit du cœur est le produit

du choc de la pointe de cet organe sur les parois de la poitrine. On conçoit fort bien, en effet, comment une masse élastique telle que le cœur contracté, heurtant plus ou moins énergiquement contre une paroi résonnante, le thorax peut et doit produire un son bien manifeste.

Quant au second bruit, M. Magendie reconnut aussi, par des expériences sur des animaux vivans, qu'au moment de la dilatation des ventricules, la face antérieure du ventricule droit vient frapper brusquement la face postérieure du sternum et les parties thoraciques droites voisines, et y développer un ébranlement sonore qui constitue le second bruit du cœur nommé aussi bruit clair ou superficiel.

Il est d'autant plus facile, dit M. Magendie, de comprendre la production de ce son et ses caractères particuliers, que le sternum, et en général les parois antérieures de la poitrine, constituent la partie la plus sonore de cette cavité. Il est d'ailleurs facile d'en acquérir la preuve expérimentale, en plaçant un obstacle mécanique entre le sternum et le cœur. Dans ce cas, le second bruit est complètement anéanti.

Dans *la séance du* 24 *février*, M. Bouillaud a adressé une lettre à l'Académie, pour réfuter la théorie de M. Magendie, qui attribue le double bruit du cœur au choc de cet organe contre les parois thoraciques. « Hier 23, dit M. Bouillaud, j'ai mis à découvert le cœur d'un coq vigoureux, chez lequel j'avais ausculté auparavant le double bruit de cet organe. J'ai ausculté le cœur encore enveloppé du péricarde, puis dépouillé de cette enveloppe. J'ai ausculté à l'oreille nue et à l'oreille armée du stéthoscope; j'ai renouvellé cette opération à plusieurs reprises, et je puis affirmer que j'ai *très-distinctement* entendu le double bruit ou tic-tac du cœur, et cependant il n'existait aucune espèce de contact entre cet organe et les parois pectorales, entre lui et le sternum en particulier. Pour préserver mon oreille du contact du sang qui coulait par la plaie, suite de l'expérience, j'ai mis entr'elle et le cœur que j'auscultais, un linge assez épais; j'ai encore entendu le double bruit du cœur; toutefois, il était alors comme voilé. » — Le cœur, ayant été enlevé, a continué de battre pendant quelques instans, soit spontanément, soit sous l'influence d'une excitation artificielle. Ces battemens du cœur *à vide* ne sont pas accompagnés de bruit. Cette expérience, répétée sur deux lapins d'une force moyenne, a fourni les mêmes résultats. — M. Bouillaud dit, en terminant, que les résultats de l'exploration directe des bruits du cœur, tels qu'il les a obtenus, tendent à le confirmer dans l'opinion que le double bruit de cet organe, qui imite si exactement le bruit de soupapes, a pour principal agent le jeu des valvules du cœur. Ce médecin rappelle que le docteur Hope, en Angleterre, a obtenu de ses expériences sur les bruits du cœur, chez de grands

animaux, tels que l'âne, des résultats tout-à-fait conformes à ceux qu'il vient d'indiquer.

VARIÉTÉS.

M. le docteur Serre, à la suite d'un concours, vient d'être nommé à la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Montpellier, vacante par la mort du professeur Delpech. Les grades par lesquels, avant de parvenir à cette place honorable, a passé M. Serre, nommé successivement par la voie des concours aide-d'anatomie, chef de clinique chirurgicale, premier chirurgien interne, agrégé et chef des travaux anatomiques; les divers travaux littéraires de ce médecin, tout garantit que Delpech sera dignement remplacé. Il est à déplorer que le concours à la suite duquel M. Serre a été nommé toutefois, ait été marqué par des circonstances fâcheuses dont il serait injuste de le rendre responsable: après la première épreuve, cinq des candidats se sont retirés ou ont été exclus du concours, et M. Serre a été admis seul à subir les autres épreuves. Nous sommes trop loin de la scène pour prononcer que les torts sont entièrement d'un côté, pour déterminer si les membres du jury n'ont pas montré peut-être un peu trop de raideur, et si les candidats n'ont pas été au-delà de toutes convenances en manifestant des préventions injurieuses envers leurs juges, en leur supposant une connivence coupable avec le concurrent de leur choix. Nous connaissons trop bien, par l'expérience de ce qui s'est passé dans notre école, tout ce que peuvent produire chez des compétiteurs les illusions de l'amour propre et la passion égoïste du succès. Mais nous savons aussi que le concours, tel qu'il est institué, ne présente pas aux candidats toutes les garanties désirables contre les préventions ou contre l'incapacité du jury. Sous ce rapport, nous nous expliquerions, sans les excuser, les graves accusations auxquelles se sont livrés les compétiteurs de M. Serre. Quoi qu'il en soit, et malgré les réclamations de ceux-ci pour faire annuler le concours, la nomination de M. Serre a été confirmée par le conseil royal et le ministre de l'instruction publique.

— Si l'institution du concours, si vivement et si justement réclamée, peut souffrir quelques atteintes de désordres semblables à ceux que nous venons d'indiquer, elle n'aura qu'à gagner, nous l'espérons, aux yeux mêmes de ses détracteurs, dans celui qui a lieu maintenant à la Faculté de Médecine de Paris, pour la chaire de clinique d'accouchemens. Cinq compétiteurs étaient inscrits pour la première

leçon ; quatre seulement paraissent devoir subir le reste des épreuves : ce sont MM. Bazignan, Paul Dubois, Lecorohé-Colombe et Velpeau. Il est difficile de voir une lutte scientifique, si importante pour les hommes qui y prennent part, conduite avec plus de décence et de dignité. Deux épreuves ont déjà eu lieu. Nous donnerons, dans le prochain Numéro, le résultat de ce concours, qui promet jusqu'à présent d'être un des plus brillans et des plus honorables de l'Ecole.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive; par J. Cruveilhier, *professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière, président de la Société anatomique, etc. Paris*, 1834. 3 *vol. in-8.° Chez Béchet jeune.*

Parmi les ouvrages didactiques d'anatomie que nous possédons, il n'en est aucun qui représente exactement l'état actuel de la science, ou s'ils ont été à sa hauteur, au moment de leur première publication, ils ont été depuis dépassés par elle ; car, il faut le dire, l'idée de progrès ne paraît pas avoir présidé jusqu'ici aux réimpressions, même des plus modernes. Ainsi, nous applaudissons au zèle de M. le professeur Cruveilhier d'avoir bravé les dégoûts d'un travail long, minutieux et parfois très-aride, pour livrer au public l'inventaire exact de cette science, en y ajoutant les résultats de ses recherches particulières. Nous allons indiquer rapidement le plan et les détails de cette importante publication.

Les anciens divisaient le corps humain en parties similaires et dissimilaires. A la première division, ils rattachaient l'étude des os, des ligamens, des muscles, des vaisseaux, des nerfs ; la deuxième comprenait, sous le nom de splanchnologie, la description des organes des sens et des viscères. Cette division qui contient le germe de celle qui a été plus tard créée et fécondée par le génie de Bichat, fut universellement adoptée à quelques variantes près ; et elle règne encore dans les œuvres sorties de l'école de Desault.

Mais à l'époque où la physiologie s'efforça de prendre rang dans la science, on sentit le besoin de faire marcher l'anatomie de pair avec elle. Haller, dans son immortel ouvrage, fit précéder l'examen de chaque fonction par l'étude des organes ou instrumens qui l'exécutent ; et la physiologie, à son tour, vint servir de base aux divisions anatomiques. Tel a été le plan suivi par Sœmmering, par Bichat,

et adopté depuis dans tous les ouvrages d'anatomie. Bien que plus scientifique et plus brillante que la première, cette division, à mon sens, n'en présente pas moins de graves inconvéniens.

Nos fonctions sont bien isolées les unes des autres, mais il n'en est pas de même des organes : la nature fait souvent servir les mêmes à des fonctions toutes différentes, et pour ne citer que le squelette, que l'on rattache aujourd'hui à l'appareil locomoteur, ne sert-il pas d'enveloppe à plusieurs viscères importans et surtout au centre nerveux cérébro-spinal, n'offre-t-il pas des cavités protectrices aux organes des sens, etc.

Et d'ailleurs, il s'en faut de beaucoup que nous connaissions les fonctions de tous les organes. Sans rappeler ici le corps thyroïde, la rate, les capsules surrénales qui n'ont pas encore droit de domicile dans nos classifications physiologiques, où et comment décrire le nerf que l'on nomme grand sympathique ? Aujourd'hui, depuis Bichat surtout, on l'a morcelé en ganglions, comme s'il était prouvé que les ganglions forment des centres nerveux isolés, des foyers d'action indépendans les uns des autres. Certes, s'il est bon que l'anatomie et la physiologie soient aujourd'hui considérées comme sœurs, il ne faut pas que cette dernière rende son aînée esclave de ses caprices.

N'attachons donc point une importance exagérée à telle ou telle classification ; il est de l'essence de toutes d'être imparfaites, surtout dans l'économie animale : il ne faut jamais les considérer que comme un guide pour notre faible conception, et non comme un tableau précis de la marche de la nature.

Je parlerai donc peu du plan choisi par le professeur Cruveilhier. Il a conservé en partie l'ancienne division, en la modifiant toutefois par les idées physiologiques et la conciliant avec l'ordre de la difficulté dans les dissections.

Le premier volume est consacré à la description des os, des articulations, et à celle des dents, sous la forme d'appendice.

Le deuxième est destiné à la myologie, à l'aponévrologie, et à la splanchnologie, qui embrasse les organes de la digestion, ceux de la respiration et l'appareil génito-urinaire.

Le troisième enfin, qui n'est pas encore publié, contiendra l'appareil circulatoire, et les appareils de sensation et de d'innervation.

Pour apprécier cet ouvrage, il faut surtout en suivre les détails.

Il était difficile d'ajouter à ce qu'on l'on connaît sur la forme et les connexions des os ; cependant quelques détails, jusqu'ici inaperçus, des considérations générales sur diverses régions du squelette, un parallèle des membres thoraciques et abdominaux plus exact que celui établi par Vicq-d'Azyr, enfin, une classification nouvelle des articulations, ont ajouté de l'intérêt à cette portion si rebattue de l'anato-

mie; l'ostéogénie surtout a été étudiée avec un soin particulier et renferme plusieurs faits nouveaux.

L'histoire de la dontition est exposée avec une clarté remarquable. Le professeur Cruveilhier, étudiant la membrane qui tapisse la cavité du follicule dentaire, a reconnu une différence notable entre la portion qui recouvre le bulbe dentaire et celle qui se réfléchit sur la face interne de la membrane fibreuse extérieure. Cette différence de structure me paraît importante à noter, en ce qu'elle confirme l'opinion émise par Hunter sur la formation de l'émail.

La description des muscles occupe une portion considérable du deuxième volume. M. Cruveilhier les a classés d'après l'ordre topographique dont l'expérience a depuis long-temps consacré l'utilité, et que Bichat lui même crut devoir préférer à l'ordre physiologique. Cet ordre, en effet, tout en permettant d'analyser la part que chaque muscle prend aux divers mouvemens, se prête beaucoup mieux que l'autre à l'étude si importante des rapports et aux déductions pratiques. Toutefois pour concilier autant que possible les avantages de ces deux modes d'exposition, M. Cruveilhier a placé à la fin de la myologie un tableau général des muscles classés d'après leurs affinités physiologiques. Du reste, l'exposition détaillée de cette partie de l'appareil locomoteur est tracée avec beaucoup de précision. Le professeur Cruveilhier a déterminé plus rigoureusement qu'on ne l'avait fait, les insertions de plusieurs muscles, et notamment de ceux qui meuvent la colonne vertébrale. Dans un résumé, placé à la suite de la description des muscles spinaux postérieurs, il a indiqué la loi qui préside à la disposition de leurs nombreux faisceaux, et en a, par là, beaucoup simplifié l'étude. Seulement il est à regretter, qu'à l'occasion de ces derniers, il se soit éloigné de la marche adoptée pour la description des autres muscles, et qu'il les ait divisés, suivant leur longueur, en portions correspondantes aux régions diverses de la colonne vertébrale. La clarté et l'exactitude me semblent avoir perdu à cette innovation.

Les travaux modernes dont l'anatomie chirurgicale a été l'objet, ont fait sentir l'importance des aponévroses d'enveloppe. Autrefois on les étudiait isolément et à l'occasion des parties pour lesquelles elles sont destinées. M. Cruveilhier a cru devoir les rapprocher les unes des autres, ainsi que les fascias celluleux, et en présenter l'ensemble sous le titre d'aponévrologie. Ce groupement a l'avantage de faire saisir les lois générales qui président à leur disposition. Mais en retour ne peut-on pas lui adresser le reproche de scinder quelquefois l'étude des parties étroitement unies entre elles et formant un tout indivis? Et pour ne citer qu'un exemple, n'y a-t-il pas inconvénient à séparer l'aponévrose abdominale des muscles larges de l'abdomen? N'est-elle pas une de leurs parties constituantes, puisqu'elle sert d'insertion à la plupart de leurs fibres? A part cet inconvénient, l'aponévrologie

est une addition heureuse à nos ouvrages classiques d'anatomie; elle a été exposée par le professeur Cruveilhier avec tout le soin qu'elle mérite.

Les organes de la digestion, de la respiration et de la voix, l'appareil génito-urinaire et le péritoine, composent ce que M. Cruveilhier a décrit sous le nom de splanchnologie, et terminent le deuxième volume. Les bornes d'une analyse ne me permettent pas de suivre l'auteur dans les détails neufs et pleins d'intérêt qu'il y a répandus. J'ai remarqué surtout la description du pharynx, et celle de l'estomac dont la membrane muqueuse a acquis aujourd'hui une si grande importance, des recherches sur la structure des villosités intestinales, du foie et de la rate.

La lecture de cet ouvrage laisse à l'esprit l'idée d'un travail consciencieux, fait d'après l'étude de la nature, et non sur les vues spéculatives du cabinet. Les descriptions en sont vraies, le style clair.

M. Cruveilhier s'est efforcé de signaler tout ce qui peut intéresser la pathologie et la thérapeutique. Pour guider les élèves dans leurs dissections, il a présenté, partout où le besoin s'en est fait sentir, un résumé succinct du mode de préparation.

Espérons que M. Cruveilhier, cédant à l'impatience de ses lecteurs, se hâtera d'achever la publication de ce traité. Il lui reste encore à décrire l'appareil circulatoire, les organes des sens et de l'innervation. La tâche est difficile, sans doute, mais elle n'est pas au-dessus de son talent.

ALPH. ROBERT, agrégé à la Faculté de Médecine.

Aperçu sur les principales difformités du corps humain; par VINCENT DUVAL, *D. M. P., directeur des traitemens orthopédiques de l'hospice des Orphelins*, etc. *Paris*, 1833. In-8° pp. 112.

Ce travail est le résumé d'un rapport contenant, au dire de l'auteur, plus de dix mille faits, et représentant les différentes difformités observées depuis dix ans dans toutes les classes de la société, ainsi que les causes variées sous l'influence desquelles on les voit naître et se développer.

L'auteur, après avoir donné, dans l'avant-propos, une statistique intéressante des malades traités dans les hôpitaux de Paris, entre en matière sur les *déviations de la colonne vertébrale*. Chez les enfans des classes ouvrières, c'est principalement pendant le travail des dentitions que les courbures de la colonne vertébrale se manifestent; chez les enfans des classes riches ou aisées, c'est depuis 8 jusqu'à 18 ans, durée assez ordinaire de leur séjour en pension, et ces incurva-

tions ont lieu bien plus souvent latéralement qu'en arrière. Chez les enfans du peuple des grandes villes et des villages, elles attaquent les deux sexes en égale proportion, tandis que dans la classe riche on observe la majorité des déviations chez les personnes du sexe féminin. Cependant cette disposition, quant aux sexes, dans les classes riches, ne commence à devenir manifeste que vers l'âge de 7 ou 8 ans; jusque-là les déviations attaquent assez indifféremment les garçons où les filles. Dans la première enfance, les déviations sont presque aussi fréquentes en arrière que latéralement; mais dans la seconde enfance, elles sont presque toutes latérales. Chez les jeunes filles, l'usage du busque, du corset, le travail à l'aiguille, l'étude du piano, du dessin, de l'écriture, causent la déviation de la partie inférieure de l'épine, fatiguée par le poids de tout le reste du tronc. La déviation se montre d'abord dans les deux ou trois premières vertèbres lombaires et dans les dernières dorsales.

Après avoir traité avec détail les déviations vertébrales latérales, l'auteur passe aux déviations en arrière ou gibbosités, aux déviations en avant, à la déviation des genoux en dedans, sans ou avec complication de courbures des jambes, aux courbures des jambes sans complication de déviation des genoux, arrive enfin aux pieds-bots.

Les a utopsies ont convaincu M. Duval que la cause du ramollissement des os est l'inflammation du périoste, inflammation qui se propage à l'intérieur de l'os, à la membrane médullaire, qui précède toujours les courbnres vicieuses, particulièrement celle des membres. L'auteur énonce seulement cette opinion, dont il donnera probablement les preuves dans le *traité* complet qu'il doit publier.

La paralysie partielle d'un membre inférieur est souvent une cause de déviation latérale.

Le diagnostic des difformités prononcées est facile; quant aux difformités commençantes, on en est averti par les phénomènes suivans: elles sont toujours précédées de douleur dans le point disposé à se courber, au moins lorsque la courbure doit occuper la continuité des os, soit les fémurs, soit les tibias ou les os des bras. Assez souvent la peau qui recouvre les tibias, est rougie, et le tissu cellulaire sous-cutané engorgé. Les genoux, les malléoles et les poignets se gonflent et deviennent douloureux. Si l'on ne remédie promptement à ces symptômes, la courbure des jambes se développe bientôt, et si l'on veut faire marcher l'enfant ainsi endolori, affaibli et presque impotent, la déviation de l'un des genoux en dedans suit bientôt la courbure des jambes.

Le plus constant des signes de la déviation de l'épine est la douleur dans l'endroit qui doit être déformé, le malaise, la lassitude dans les lombes, quelquefois des mouvemens convulsifs, la contracture des muscles, principalement des fléchisseurs.

Le traitement des difformités est présorvatif ou curatif. Le premier consiste à traiter les maladies chroniques subsistantes et qui modifient la constitution :

Lorsque les difformités sont confirmées et qu'il n'y a plus d'espoir de les faire disparaître à l'aide des moyens généraux, on a recours aux moyens mécaniques, dont le mode d'action consiste à *déprimer graduellement les parties saillantes et à relever les parties affaissées, ou, en d'autres termes, à exercer une compression sur les saillies, afin d'ouvrir les arcs formés par les courbures*. Le coucher sur un sommier de fougère ou de serpolet étendu sur un fond de lit en planche, incliné de la tête aux pieds, comme un lit de camp, sans oreiller ni traversin, l'action de grimper au revers d'une échelle, la progression sur de longues crosses (béquilles), et les moyens médicamenteux indiqués ci-dessus, forment la base du traitement des déviations latérales peu avancées. Mais, lorsque les concavités des courbures présentent une profondeur seulement de six à huit lignes, il faut avoir recours à l'extension *rémittente*. (Extension *oscillatoire* de M. Jalade Lafond). M. Duval a modifié l'appareil que l'on employait pour produire cette extension, en faisant mouvoir par le malade même et à l'aide d'une manivelle, la machine à extension. Ce procédé a l'avantage d'exercer la petite épaule, et de ramener vers la ligne médiane d'où elles se sont écartées les vertèbres dirigées du côté de la grosse épaule ; il devrait, ce nous semble, avoir aussi l'avantage d'empêcher les accidens qui peuvent résulter des tiraillemens de la colonne vertébrale par une force étrangère ou non intelligente.

Des moyens tout aussi ingénieux sont décrits pour remédier aux courbures des membres. Nous ne pouvons les comprendre dans cet article.

Le travail de M. Duval nous paraît celui d'un bon observateur et d'un praticien qui a creusé son sujet. Ce ne sont point des discussions théoriques, ce sont des faits et des résultats de faits qu'on y rencontre ; nous engageons l'auteur à poursuivre ses recherches, ou plutôt à en présenter le résultat complet. Nous félicitons aussi le conseil des hôpitaux d'avoir introduit dans ses établissemens les traitemens orthopédiques. Ce n'est pas seulement une bonne œuvre, c'est encore une économie bien entendue; car c'est rendre, par un sacrifice temporaire, à la société et à leurs familles auxquelles elle devient utile, une classe d'individus qui, abandonnée à elle-même, finit tôt ou tard par grever d'une rente viagère les revenus des hôpitaux.

CH. LONDE.

FIN DU TOME IV DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME IV,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.